

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N^o 145

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henry ROSANOFF

Né à Nice, le 1^{er} mars 1885

Ancien Interne des Hôpitaux de Nice

Ancien Préparateur de Bactériologie à l'École de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GLYCOSURIE ALIMENTAIRE

DANS LES DÉLIRES

Président : M. GILBERT BALLET, *professeur*.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

145

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henry ROSANOFF

Né à Nice, le 1^{er} mars 1885

Ancien Interne des Hôpitaux de Nice

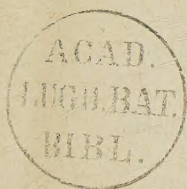
Ancien Préparateur de Bactériologie à l'École de Médecine
et de Pharmacie de Marseille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GLYCOSURIE ALIMENTAIRE

DANS LES DÉLIRES



Président : M. GILBERT BALLET, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde
reconnaissance et d'amour filial.*

A MON FRÈRE

M. LE DOCTEUR MICHEL ROSANOFF

Souvenir fraternel et affectueux.

A MA BELLE-ŒUR ET A MON NEVEU

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A TOUS MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

ET PARTICULIÈREMENT

A MES CAMARADES D'INTERNAT

H. Rosanoff

A MES MAITRES DE MARSEILLE

ET PARTICULIÈREMENT

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR RIETSCH

Professeur de Chimie et de Bactériologie
à l'École de Médecine et de Pharmacie de Marseille

*Dont nous avons eu l'honneur
d'être préparateur (1903-1904).*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAGON

Professeur d'Anatomie à l'École de Médecine de Marseille

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERBER

Professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELANGLADE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine

A MES MAITRES DE PARIS

ET PARTICULIÈREMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale

A M. LE DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur agrégé. Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉNON

Professeur agrégé. Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ENRIQUEZ

Médecin des Hôpitaux

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
DE NICE

(Internat 1909 -1911)

A MON MAÎTRE
ET
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT-BALLET

Professeur de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
GLYCOSURIE ALIMENTAIRE
DANS LES DÉLIRES

INTRODUCTION

Dans le service des « délirants » de l'Hôtel-Dieu, dirigé en 1909 encore par notre maître M. le professeur Gilbert-Ballet, nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de malades présentant les délires les plus divers et de durée souvent transitoire.

Sur les conseils de notre maître M. le Dr Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, à cette époque assistant de M. le professeur Gilbert-Ballet, et en collaboration avec lui, nous avons fait subir systématiquement à tous ces malades l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

Ce sont ces observations qui ont été l'objet d'une communication à la Société de Psychiâtrie (1), de la

1. Société de Psychiâtrie, séance du 18 février 1909. Reproduction *in extenso* dans l'*Encéphale*, n° 4, avril 1909.

part de M. Laignel-Lavastine et de la nôtre, qui sont le point de départ de notre thèse.

Qu'il nous soit permis, avant de l'exposer, d'adresser nos remerciements les plus respectueux à notre maître, M. le professeur Gilbert-Ballet, pour le grand honneur qu'il nous fait en daignant accepter de présider à notre thèse.

Que notre maître, M. le Dr Laignel-Lavastine, qui a bien voulu nous associer à ses recherches et nous inspirer ce travail, reçoive ici pour les conseils qu'il nous a sans cesse prodigués, avec l'assurance de notre sincère gratitude, l'expression de nos meilleurs remerciements.

Voici le plan que nous nous sommes tracé dans l'exposé de notre étude : après avoir fait un *historique* de la question, nous indiquerons la *technique* que nous avons employée.

Nous avons réservé une grande place aux *observations*, car ce sont elles qui présentent tout l'intérêt de ce travail.

Après quelques considérations de *physiologie pathologique*, nous verrons les *déductions théoriques et pratiques* que nous pensons pouvoir tirer de nos observations.

HISTORIQUE

L'historique de la question qui nous occupe comprend l'historique de la glycosurie alimentaire dans ses rapports avec le foie ; celui de l'insuffisance hépatique dans ses rapports avec les délires, et enfin celui des délires dans ses rapports avec la glycosurie alimentaire.

La glycosurie alimentaire consiste dans le passage du sucre ingéré dans les urines.

L'idée première de cette épreuve est empruntée à Claude Bernard qui avait montré qu'une quantité déterminée de sucre, introduite dans l'intestin, ne provoque pas, dans les conditions normales, la glycosurie et que celle-ci se produit dans les périodes digestives : si la veine porte a été préalablement liée le sucre ne traverse pas le foie, reste dans le sang et passe dans l'urine.

En 1875 Colrat de Lyon, qui avait utilisé cette épreuve pour la première fois, transporta cette conception de la ligature de la veine porte dans le domaine de la pathologie et prétendit que le passage du sucre dans les urines était toujours dû à l'obstruction de la veine porte, à sa compression ou à son

inflammation. Il montra l'existence de la glycosurie alimentaire chez un cirrhotique atrophique.

La thèse de Couturier en 1875, et les rapports de Lépine à la Société de Biologie en 1876, apportèrent des faits nouveaux confirmant et accréditant la croyance que la glycosurie alimentaire était l'indice de la gêne circulatoire dans la veine porte.

Mais l'expérience montra bientôt que le sucre passait dans l'urine de nombreux sujets non parce que leur système porte était obstrué, mais parce que les cellules hépatiques de ces malades étaient insuffisantes.

En 1886, Roger attribue plutôt la glycosurie à l'existence de lésions dans la cellule hépatique qu'à l'obstruction de la veine porte.

Les travaux de Robineau, de Bouchard, de Hanot, de Chauffard, de Cassaët et Mongour, de Schapiro, de Reynaud et Olmer, de Baylac, de Maury, contribuent à faire de la glycosurie le signe de l'insuffisance hépatique.

Aussi cette épreuve a-t-elle été surtout étudiée à l'occasion de l'insuffisance hépatique.

D'autre part, depuis longtemps on connaissait les relations qu'il y a entre les fonctions hépatiques et les fonctions cérébrales.

Pour les anciens l'hypochondrie dépendait de troubles des fonctions hépatiques.

En 1820 déjà, Georget signalait à propos de l'autopsie des aliénés, que l'on trouvait parfois des altérations du foie « que l'on n'avait jamais soup-

connées pendant la vie ». Esquirol, au contraire, considérait ces lésions comme peu fréquentes.

Au ^{xix}^e siècle, Delaye et Foville et Guislain rapportent des observations plus précises.

Pour expliquer les troubles mentaux accompagnant certaines affections du foie Hammond invoque, en 1880, l'action toxique de la bile.

En 1882 Cyr étudie les accidents nerveux liés aux coliques hépatiques. En 1889, de Bruin, Raphély étudient certains états mélancoliques liés aux troubles fonctionnels du foie. Grilli lui refuse toute influence dans la genèse des troubles psychiques.

En 1890, Klippel, s'inspirant des travaux du professeur Bouchard sur le rôle des auto-intoxications en pathologie générale, attire l'attention sur l'importance de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales.

En 1892, Charrin observe des troubles mentaux chez des malades atteints de troubles hépatiques et présentant de la glycosurie alimentaire.

Léopold Lévi signale les rapports entre les troubles hépatiques et certains délires.

En 1892 encore, Klippel montre qu'en dehors de tout signe extérieur d'affection hépatique, il y a un rapport entre les troubles mentaux et en particulier certains délires et la lésion intime de la cellule hépatique : son insuffisance.

En 1893 Régis et Chevalier-Lavaure font, dans leur rapport au Congrès de La Rochelle, la descrip-

tion des troubles psychiques dus aux auto-intoxications.

La même année au même Congrès, en 1894 dans les *Annales médico-psychologiques*, en 1897 dans la *Revue de Psychiâtrie*, Klippel insiste sur le rôle de la lésion de la cellule hépatique dans un certain nombre de délires et met en évidence les signes cliniques et urinaires de cette altération cellulaire : il distingue deux groupes dans les maladies mentales dans lesquelles on constate l'insuffisance hépatique. Dans le premier groupe, les lésions hépatiques ne sont qu'accessoiries ; dans le second, la lésion du foie entretient le délire en ajoutant son action à celle d'autres agents toxiques.

Citons encore : en 1895 les leçons du professeur Joffroy à l'asile Saint-Anne, le travail de Cullerre en 1898 ; l'article de Gilbert-Ballet et Maurice Faure dans la *Presse médicale* du 30 novembre 1898 ; la thèse de Maurice Faure en 1900, les travaux de Kischkine, de Falk, de Haskovec, de Barbacci, de Massalongho, de A. Vigouroux, de Gilbert et Lereboullet.

En 1902, Laignel-Lavastine signale à plusieurs reprises les hallucinations, la confusion mentale et le délire onirique comme faisant partie de la symptomatologie de l'insuffisance hépatique aiguë survenant chez des typhiques.

Vigouroux et Juquelier montrent, la même année, l'importance de la glycosurie alimentaire comme manifestation de l'insuffisance hépatique dans un

grand nombre de délires par auto-intoxication. On voit, dans leur travail, le rapport étroit qui existe entre certains accidents cérébraux, la glycosurie alimentaire et les signes plus ou moins complets de la grande ou de la petite insuffisance hépatique.

Anglade, Dupré et Roubinovitch décrivent dans leurs articles du *Traité de Pathologie mentale*, publié sous la direction de Gilbert-Ballet, les troubles mentaux par auto-intoxication hépatique.

Juquelier, dans sa thèse, reprend la question de l'insuffisance hépatique et attribue à celle-ci le rôle exact qu'elle joue dans l'éclosion des délires alcooliques.

Guichard, dans sa thèse en 1908, met en évidence les relations qui existent entre le délire alcoolique subaigu et l'insuffisance hépatique, et établit un pronostic basé sur la durée réciproque du délire et de la glycosurie alimentaire qu'il considère comme « la signature clinique de l'insuffisance hépatique ».

TECHNIQUE

Si les divers résultats obtenus par les auteurs dans leurs expériences sur la glycosurie alimentaire sont différents parfois au point d'être absolument contradictoires, cela tient, en partie du moins, à ce que la technique employée n'a pas été la même et que les conditions dans lesquelles se trouvait le malade au moment de l'épreuve de la glycosurie étaient très différentes.

C'est ainsi tout d'abord que ces résultats varient, suivant que le sujet est à jeun ou qu'il a absorbé plus ou moins d'aliments avant l'expérience, qu'il se livre à des exercices divers, ne serait-ce qu'à la marche, ou bien qu'il reste au repos absolu.

Mais ce qu'il importe avant tout c'est de préciser la nature du sucre qui a été administré et à ce point de vue, il n'est pas indifférent d'employer le lactose, le saccharose, le lévulose ou le glucose.

Charrin soutient la supériorité de la lévulosurie comme signe d'insuffisance hépatique. « Au niveau du foie le glucose est retenu en plus forte proportion que le galactose, néanmoins ce glucose n'échappe pas à l'avidité des autres éléments anatomiques et

si l'on veut s'adresser à un hydrate de carbone dont l'utilisation soit avant tout réservée à la glande de la bile il est nécessaire d'employer le lévulose. » Lépine et Strauss pensent aussi que le lévulose est un réactif plus sensible.

D'une façon générale, en France on a employé plutôt le saccharose tandis qu'en Allemagne on préfère le glucose. D'après Linossier, Roque et Baylac, le saccharose passerait plus facilement dans l'urine à cause de son faible coefficient d'utilisation.

Or le saccharose pour être utilisé par l'organisme doit préalablement être dédoublé grâce à divers ferments, en glucose et lévulose. Ce dédoublement peut être plus ou moins complet. Il y a là, à notre avis, une cause d'erreur possible et l'on peut croire, dans certains cas, à une glycosurie négative, alors qu'il peut s'agir au contraire d'un trouble dans ce phénomène d'inversion.

La dose de sucre ingérée a également une importance considérable. Dans les recherches sur l'insuffisance hépatique, Chauffard, Roger et Brunelle admettent comme pathologique toute glycosurie se produisant après absorption de quantités variant entre 150 et 200 grammes de sirop de sucre, soit 100 à 140 grammes de saccharose. Mais le sirop de sucre qui est un mélange de glucose et de lévulose donne lieu pour une part à de la lévulosurie.

La technique que nous avons suivie est la suivante :

Le sucre qui nous a paru le plus approprié est le

glucose, car son ingestion ne donne lieu qu'à de la glycosurie. C'est lui que nous avons employé, malgré son goût plus désagréable, car nous avons pensé ainsi nous mettre à l'abri de quelques causes d'erreurs. Le lévulose est trop coûteux et s'applique plus particulièrement à la recherche de troubles hépatiques.

Après nous être assuré de la suffisance du rein et de l'absence de glucose dans les urines de nos malades, nous leur avons fait absorber 150 grammes de glucose en solution aqueuse, dans une grande timbale d'eau. Les malades étaient à jeun, car il est démontré que la glycosurie se produit plus facilement dans ces conditions. Ils restaient au repos absolu, au lit, et, après avoir eu soin de les faire uriner avant de les soumettre à l'épreuve, les urines étaient recueillies toutes les deux heures, durant six heures, dans trois bocalx différents. Elles étaient examinées le plus tôt possible après leur émission.

C'est, en général, dans la première urine émise que le glucose apparaît, mais on en retrouve encore assez souvent dans la seconde, alors que nous n'en avons jamais rencontré après la sixième heure.

Ces résultats confirment les expériences de Worm-Müller et de Hofmeister qui ont montré qu'à la suite de l'ingestion de sucre, c'était deux heures après que la glycosurie débutait et qu'elle persistait quatre ou cinq heures.

Nous nous sommes heurté, dans quelques cas, à certaines difficultés qu'il n'est pas inutile de signaler.

Parfois, la solution sucrée provoque des vomissements, et nous avons pu remarquer que les malades qui l'absorbaient par petites gorgées présentaient plus fréquemment cet accident.

Il nous fut, dans d'autres cas, difficile de recueillir les urines comme nous l'aurions désiré, car quelques-uns de nos malades gâtaient, d'autres se refusaient à toute épreuve.

Recherche du sucre dans l'urine. — Nous avons mesuré exactement la quantité d'urine émise, quand nous avons pu en recueillir la totalité, et nous y avons recherché le glucose.

Mais il est quelquefois fort délicat d'affirmer la présence du sucre dans les urines, soit parce que certaines réactions facilement obtenues ne sont pas bien caractéristiques ou sont le point de départ d'erreurs. Nous avons recherché uniquement la glycosurie. Nous avons procédé, comme on le fait d'ordinaire à l'aide de la liqueur de Fehling.

S'il y a réduction par l'ébullition, après addition d'urine, on conclut à l'existence du sucre. Mais il existe de fausses réductions.

Il est nécessaire, au préalable, de s'assurer, en la chauffant, de la qualité de la liqueur de Fehling employée : celle-ci parfois se réduit spontanément.

De plus, il existe normalement dans l'urine des matières réductrices qui décomposent la liqueur cupro-potassique, tout comme le fait le glucose.

Pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreurs il faut, comme l'indique Seegen, filtrer l'urine sur du

noir animal afin de la clarifier. Les matières colorantes et réductrices, qui peuvent masquer la réaction, restent ainsi retenues sur le filtre. Il suffit ensuite de laver le filtre pour obtenir la petite quantité de sucre retenue par le charbon.

Enfin, la liqueur de Fehling peut être réduite soit par l'albumine, les urates, et l'acide urique en excès, soit par les sels ammoniacaux.

C'est pourquoi il est encore nécessaire d'opérer sur une urine filtrée, déféquée, décolorée et débarrassée de son excès d'ammoniaque.

La recherche du glucose par cette méthode est alors facile et constitue un procédé clinique simple, pratique et suffisant, à cela près que la liqueur de Fehling n'est pas réduite par des doses infinitésimales de sucre.

Nous avons même dosé, par ce procédé, le glucose dans les urines de nos malades toutes les fois que les circonstances nous l'ont permis.

OBSERVATIONS

Nous avons divisé nos observations en deux groupes :

- a) Observations dans lesquelles la glycosurie alimentaire a été positive;
- b) Observations dans lesquelles la glycosurie alimentaire a été négative.

A. — Observations dans lesquelles la glycosurie alimentaire a été positive

OBSERVATION I (Résumée)

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

*Délire avec confusion mentale au cours
d'alcoolisme subaigu*

M^{me} V... Philomène, quarante-deux ans, est déjà venue dans le service il y a trois ans.

Après un séjour à Sainte-Anne et à Villejuif elle est reprise par son mari; mais elle a conservé un état mental très anormal: elle est incapable de tout travail et de toute conversation.

Elle entre à l'hôpital le 18 décembre 1908.

H. Rosanoff

22 décembre. — La malade est levée, elle est immobile dans la salle, au milieu de la pièce, le regard fixe, les mains devant la poitrine, dans une attitude catatonique. Par moments, elle a des mouvements d'agitation catatonique : frotte rythmiquement, ou frappe le sol avec un pied, frappe le lit avec ses mains.

A l'interrogatoire, pas ou peu de réponses : elle est désorientée complètement dans le temps et dans l'espace.

Pas de modifications des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires. Réflexes rotuliens peut-être un peu forts.

Pas de troubles de la sensibilité, pas d'hyperesthésie profonde.

Comme signes physiques, à signaler seulement un gros foie.

La ponction lombaire a été négative.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

25 décembre. — *La glycosurie alimentaire est positive avec 75 grammes de glucose.*

11 janvier 1908. — La malade meurt de congestion pulmonaire, comme l'a établi *l'autopsie*.

Le pancréas pèse 50 grammes ; la rate, 260 grammes ; les reins 150 et 130 grammes ; le foie 1.270 grammes ; le cœur 280 grammes ; le corps thyroïde 20 grammes ; les deux surrénales 30 grammes ; le poumon droit 480 grammes ; le gauche 700 grammes.

Macroscopiquement, le foie présente des marbrures jaunes à sa surface supéro-antérieure. Le lobe gauche est plus petit. Sur une coupe, pas de cirrhose appréciable.

La rate a un aspect normal, ainsi que le cœur qui n'offre pas de lésions ; pas de tubercules dans les poumons ; il y a

splénisation du lobe inférieur du poumon gauche ; *l'utérus* est fibromateux, les *ovaires* scléreux, les *reins* un peu congestionnés. *L'encéphale*, les *méninges*, le *cervelet* sont normaux.

L'examen histologique montre que le *pancréas*, étudié dans la tête, le corps et la queue, n'est pas sclérosé ; les acini sont normaux, les îlots de Langerhans sont peu nombreux et certains d'entre eux ont des noyaux énormes (deux fois le volume normal). Dans la queue les îlots sont encore plus difficiles à distinguer ; il y a tendance à la transformation acineuse.

Canal excréteur normal ; pas de processus inflammatoire.

Le foie n'offre pas de dégénérescence graisseuse, sclérose légère dans les espaces péri-portaux. Le parenchyme ne montre pas de lésions ; on reconnaît difficilement l'ordonnance des travées.

OBSERVATION II (Résumée)

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Délire avec confusion mentale au cours d'alcoolisme subaigu

M^{me} H..., trente-sept ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Mère, soixante ans, bien portante. Père mort à quarante-cinq ans paralysé de tout le côté gauche (est resté quatre ans malade).

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche, mariée depuis quatorze ans, quatre enfants bien portants. Quatre fausses couches de quatre à cinq mois. Il ne paraît cependant pas y avoir de spécificité.

12 janvier 1909. — La malade tombe, elle ne sait pourquoi, et est amenée à l'hôpital, avec confusion mentale très marquée. Elle est incohérente et complètement désorientée dans le temps et dans l'espace.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive.

Quarante-huit heures après, la malade ayant été remise au régime lacté intégral, les symptômes disparaissent.

Le foie est très gros (ligne mamelonnaire 24 centimètres; ligne médiane 16 centimètres; ligne parasternale 22 centimètres). La rate a 12 centimètres sur l'axe oblique et 8 centimètres sur l'axe transverse. Les urines renferment un peu d'albumine et pas de sucre.

Au moment où la malade n'est plus du tout confuse ni désorientée et demande à sortir (le 17 janvier 1909), *la glycosurie alimentaire est négative.*

OBSERVATION III

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Délire passager chez un alcoolique

M. G. J..., quarante-huit ans, porteur aux halles.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quatre-vingt douze ans, sobre, mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas d'instruction, n'a pas été à l'école, avoue avoir fait des excès de boisson (vin, apéritifs, etc...).

23 janvier 1909. — Le malade entre dans le service déli-

rant, est très agité. Il prend la salle où il se trouve pour un salon d'une maison publique, où on veut lui faire un mauvais coup.

Dans la nuit du 24 au 25 janvier, il ne se couche pas et pleure.

Il présente du tremblement alcoolique, a des cauchemars la nuit (animaux, bêtes fauves); il a perdu la mémoire depuis trois ans. Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace.

L'examen somatique montre que son foie est un peu gros.

28 janvier. — Le malade est encore désorienté dans le temps (année 1888, dit-il), mais tous les autres troubles (cauchemars, agitation) ont disparu.

La glycosurie alimentaire, faite ce jour, a été *positive* : il n'y a eu que des traces seulement de glucose.

OBSERVATION IV

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff).

Poussée délirante chez un alcoolique

M. R...-F..., trente et un ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-cinq ans (?), mère morte à trente-quatre ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions. Très bonne enfance. Fièvre typhoïde à sept ans. Bonne adolescence.

Il y a huit ans, placé comme garçon-charcutier, il commence à boire (vin, apéritifs, absinthe). Depuis six ans, ne trouvant plus à se placer à cause de ses accès fréquents d'ivresse, il loge chez sa sœur, marchande de vins, où il boit

dans l'arrière-boutique. De violents accès de colère et d'ivresse le rendent insupportable à sa sœur. Dans la nuit du 1^{er} au 2 février 1909, il se jette par la fenêtre du logement qu'il occupe au troisième étage, tombe sur la grille d'une vérandah, ne se fait que peu de mal (entorse au pied droit) et remonte lui-même se coucher. Il semble avoir été poussé dans son acte par une hallucination visuelle. Ces derniers temps, il voyait partout des rats, des souris qui le terrifiaient : il les fuyait en poussant des cris. Il croit que les clients de la boutique, les voisins, le menacent ; il a fait des interprétations délirantes au sujet de conversations qu'il entendait autour de lui. Il racontait lui-même des histoires imaginaires qui jetaient la discorde parmi les siens.

Le matin de sa chute par la fenêtre, il est amené à l'Hôtel-Dieu ; dans la nuit du 3 au 4 février, il délire beaucoup et demande sans cesse à se lever.

5 février 1909. — *La glycosurie alimentaire est positive.*
Il a été éliminé 1 gr. 90 de glucose (moyenne de 3 dosages).

OBSERVATION V

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Interprétations délirantes et idées de persécution chez un alcoolique

M. M..., trente ans, sculpteur sur bois.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose, père mort de maladie de cœur ; une sœur tuberculeuse.

Antécédents personnels. — N'aurait jamais été malade ; n'a pas fait de service militaire (faiblesse de constitution). Sa

sœur raconte ses antécédents alcooliques. Il a eu, en 1906, une première crise analogue à celle qui le conduit aujourd'hui à l'hôpital.

15 janvier 1909. — Après avoir bu avec ses camarades de travail, le malade rentre ivre et dit à sa femme : « Tu sais toutes les histoires qu'on raconte au métro... Tout le monde me regarde... J'ai peur. » Sa femme lui donne du bouillon : il s'imagine qu'on veut l'empoisonner. Il se met à trembler à la pensée de ce poison dont elle a dû mettre une forte dose. Il a peur. Un jour, il refuse de monter chez lui et reste chez sa concierge, car on a voulu lui faire prendre la veille un cachet pour dormir : c'était du poison. Il a des interprétations délirantes et des idées de persécution.

22 janvier 1909. — Caractère sombre, cause peu, méprise volontiers ses compagnons d'atelier, n'a pas d'amis.

L'examen somatique révèle un peu de submatité aux sommets, en arrière; le foie ne déborde pas; rien au cœur; mauvaise circulation aux extrémités; estomac dilaté; les réflexes sont forts uniformément; léger tremblement alcoolique.

Il est un peu désorienté dans le temps. Idées de persécution persistent. *Le 27 janvier, la glycosurie alimentaire est positive.* Après six heures, la quantité d'urine émise a été de 265 centimètres cubes et la quantité totale de glucose qui a passé a été de 0 gr. 80 (moyenne de trois dosages).

OBSERVATION VI

(Vigouroux et Juqueliér.)

Accès de confusion mentale avec hallucinations et dépression mélancolique chez un dégénéré ayant fait autrefois des excès d'alcool.

F... Louis-Édouard, trente-huit ans.

Entré à l'asile le 12 janvier 1901.

Hospitalisé à Nanterre comme vagabond, il fut transféré à cause de ses actes déraisonnables et incohérents, il a présenté, pendant son passage à l'infirmerie du Dépôt et à l'admission, des troubles intellectuels et des idées délirantes de grandeur qui l'ont fait considérer comme atteint de paralysie générale.

A son entrée dans le service, les bouffées délirantes et les idées de richesses ont disparu ; l'excitation signalée dans les certificats antérieurs a fait place à la confusion mentale avec des idées mélancoliques.

Il nous dit que toute sa vie il a été inférieur aux autres et qu'il a souffert de son infériorité dont il avait conscience. Tout jeune, à l'école, il ne pouvait apprendre ses leçons et par dépit il chercha à s'empoisonner. Depuis il n'a jamais travaillé comme il l'aurait voulu, « il s'en veut à lui-même parce qu'il n'en fait pas assez, il a besoin qu'on le dirige ».

Il a fait une tentative de suicide il y a quelques années parce qu'il n'avait pas de travail et il porte encore au niveau du cartilage thyroïde la cicatrice d'une coupure qu'il s'est faite.

Sa conduite n'est pas très régulière, il aimait, dit-il, à faire

« le libertin » et sans faire d'excès réguliers d'alcool il s'enivrait quelquefois.

L'examen physique ne révèle, à cette époque, aucun trouble somatique : les pupilles sont égales et réagissent ; la langue ne présente pas de tremblement marqué, pas d'embarras de la parole ; les réflexes patellaires sont très faibles. Les trois derniers doigts de la main gauche sont le siège de troubles trophiques consécutifs à une brûlure ; la peau à ce niveau est fine, luisante et sclérosée.

Le diagnostic de dégénérescence mentale avec confusion mentale, sentiment d'impuissance et idées de suicide fut porté, remplaçant celui de paralysie générale.

Au bout de quelques semaines, l'obnubilation intellectuelle disparut progressivement et le malade demanda à travailler.

Il fut, en effet, occupé aux travaux de la menuiserie et là il se montra actif, docile et facile à diriger, sa mémoire était bonne, sa conduite régulière ; il jouissait d'une assez grande liberté et n'avait jamais manifesté aucune idée délirante. Il se trouvait, disait-il, plus heureux qu'il n'avait jamais été.

Il suivait le régime alimentaire ordinaire de l'asile dont est exclue toute boisson alcoolique.

Au mois de mars 1902, c'est-à-dire quinze mois après son entrée, F... présenta des troubles gastriques, il n'eut plus d'appétit, mangea moins régulièrement, son teint prit un aspect terreux, les yeux se cernèrent, en même temps il devint sombre, préoccupé. Il fut passé à l'infirmerie et alité.

Examiné à ce moment il présente un teint bronzé, la peau est sèche, la langue est étalée et saburrale, l'haleine fétide, il existe de la constipation, le ventre est ballonné.

Les matières fécales obtenues par lavement sont noirâtres et fétides. Le poulx est normal, le cœur et le poumon ne présentent rien à l'auscultation.

Il a de l'anorexie profonde.

L'urine est très abondante, 2.800 grammes par vingt-quatre heures; sa densité est 1.011 à 20 degrés, elle est hyperacide (acidité en acide phosphorique, 2,24); le taux de l'urée est abaissé à 7 gr. 5 par litre, 21 gr. 18 en vingt-quatre heures.

Poids de l'azote de l'urée.....	9,74
Poids de l'azote totale.....	18,84
Acide urique.....	0,47
Acide phosphorique total.....	2,26
Chlorure de sodium.....	0,17

Par suite de l'augmentation du poids de l'azote total (18,84 au lieu de 14), le coefficient d'oxydation est très abaissé (62 au lieu de 85 à 90); pas traces d'albumine ni de sucre.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est nettement positive.

Pas de température. Couché dans son lit, le malade reste immobile, somnolent : il paraît triste, abattu, découragé. Il sort cependant de sa torpeur, quand on l'interroge ; ses réponses sont confuses, sa parole lente. Il ne fait pas d'opposition aux ordres qu'on lui donne.

Pressé de questions sur la cause de sa tristesse, il finit par avouer qu'il va être mangé par un ours ; cette nuit il a vu le médecin avancer sur lui avec un ours : cet ours devait

lui sauter sur le dos, lui enfoncer les griffes dans la chair et le dévorer parce qu'il est un être inutile et n'ayant pas le courage de travailler. Il ne sait pas s'il dormait ou s'il était éveillé quand il a eu cette vision pénible. Devant les objections qui lui sont opposées sur l'in vraisemblance de cette scène, il avoue que c'est un cauchemar et finit par en plaisanter presque. Il reste néanmoins dans cet état de torpeur pendant quelques jours, triste, mais résigné, attendant toujours la mort.

Grâce au régime lacté et à des prises répétées de calomel à des doses fractionnées, l'état gastrique s'améliore et parallèlement l'état mental. F... commence à s'intéresser à ce qui se passe autour de lui, puis il demande à se lever, travaille un peu dans le dortoir et enfin va travailler une partie de la journée à l'atelier. A ce moment les troubles gastriques sont très atténués. *L'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat à peu près négatif*, c'est-à-dire que la réduction de la liqueur de Fehling ne se fait pas au moment de l'ébullition, mais par refroidissement.

Après quelques jours d'amélioration presque complète le 28 mai le malade retombe dans le même état de stupeur ; *il présente* le même état gastrique, les mêmes symptômes d'insuffisance hépatique, *le même délire* d'attente, *délire secondaire à des hallucinations vagues* hypnagogiques ou à des cauchemars. Il va être transporté en mer par un bateau qui partira de Toulon, et il sera mangé par des crocodiles. Il a été piqué par des abeilles qui l'ont entouré, il les a chassées une première fois, mais elles vont revenir, etc.

Ces idées délirantes sont mobiles comme les troubles sensoriels qui les provoquent, elles n'ont de commun que leur

caractère de tristesse. Sous leur influence, il reste immobile et attend la souffrance et la mort.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive.

15 juin. — Une nouvelle amélioration se produit, toujours précédée d'un amendement des symptômes gastro-hépatiques le malade s'occupe, il est plus causeur, plus actif. Il lit des romans de Jules Verne. Ces lectures influent sur ses idées, il se reconnaît dans un des personnages du roman.

L'amélioration continue, les idées mélancoliques disparaissent, la confusion mentale se dissipe et F... recommence à travailler.

A ce moment (25 juin), l'épreuve de la glycosurie est négative.

En résumé, accès de confusion mentale avec hallucinations et dépression mélancolique survenant à l'occasion de symptômes d'insuffisance hépatique chez un dégénéré ayant fait autrefois des excès alcooliques. *Évolution parallèle des symptômes d'insuffisance hépatique et de la glycosurie alimentaire et de l'état mental.*

OBSERVATION VII

(Vigouroux et Juquelier)

Accès de confusion mentale avec excitation passagère chez un dégénéré, ancien alcoolique

J.-B. G..., cinquante-deux ans, est entré à l'asile de Vaucluse le 12 octobre 1901, venant de la maison départementale de Nanterre d'où un accès subit d'excitation l'avait fait évacuer.

Les antécédents du malade ne nous sont connus que par les renseignements qu'il nous a fournis dans l'intervalle de ses crises d'excitation.

Il est tout à fait impotent de ses deux membres inférieurs et ne le serait devenu, nous a-t-il dit, qu'à partir de sa quinzième année.

G... nous a avoué des excès alcooliques, à la suite desquels il a été interné plusieurs fois à Niort, à Ville-Évrard et déjà à Vaucluse.

A son entrée dans le service, la crise d'excitation qui a nécessité son départ de Nanterre a été un peu calmée.

Voici le résumé de son état à l'entrée :

Le malade est dans son lit, son teint est terreux, ses yeux sont entourés d'un cercle de bistre. Les conjonctives ne sont pas franchement blanches. Les pupilles sont égales, les réflexes pupillaires normaux. Les principaux appareils fonctionnent régulièrement. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Il n'y a pas de trouble de la parole.

La force musculaire est très développée dans les membres supérieurs, la sensibilité générale est normale aux membres supérieurs, à la face et au tronc.

Les deux membres inférieurs sont très atrophiés dans l'ensemble.

Quand il est privé de son chariot de cul-de-jatte, qu'il fait avancer avec ses membres supérieurs, le malade ne progresse que sur les fesses, s'aidant de ses mains et de quelques mouvements du tronc, ou s'arc-boutant sur son pied gauche qu'il déplace avec la main. La cuisse et la jambe gauche sont complètement paralysées. Du côté droit il reste quelques

mouvements des adducteurs. La sensibilité des membres inférieurs est très obtuse et complètement abolie aux extrémités.

Au point de vue intellectuel, le malade est extrêmement confus et inconscient de sa situation. Ses réponses, obtenues avec peine, sont à peu près incohérentes, contradictoires ; il ne sait pas où il est, ne cherche pas à le savoir. Tantôt il reste sur son lit, déchirant d'une façon automatique chemise, drap, couverture, tantôt il cherche à quitter son lit sans savoir où il veut aller. Les observations n'ont aucune prise sur lui, il ne les comprend pas, il faut le surveiller de très près.

Revu le 26 octobre, au moment de l'établissement du certificat de quinzaine, il est encore très confus, n'a plus de mémoire, est incapable de donner des renseignements sur ses antécédents, ses réponses sont incohérentes.

Les nuits sont plus mauvaises que la journée. G... déchire ses draps et ses chemises, s'enduit le visage de matières fécales, urine sur le parquet, se met en colère, menace dès qu'on s'oppose à ce qu'il désire.

Il est plus calme pendant le jour et prétend ne plus se rappeler les actes bizarres qu'il commet et dont on lui demande l'explication.

Sous l'influence du régime lacté, cet état s'atténue au début de novembre et, au début de janvier 1902, le malade, tout à fait calme, demande qu'on lui rende son chariot pour aller travailler.

De plus, dans une lettre très sensée, il demande son transfert à Nanterre ou dans toute autre maison où il n'aura pas d'escalier à franchir pour aller au travail.

Il a travaillé pendant tout le mois de février, suivant le régime alimentaire ordinaire, mais cependant privé de boisson alcoolique.

Dans les premiers jours de mars, le malade a paru de nouveau s'exciter : il a dû quitter l'atelier.

13 mars. — Cinq mois après son entrée, on lui retire son chariot, on l'alite. Il refuse de s'alimenter toute la journée et a recommencé la nuit à déchirer ses chemises et ses draps.

Examiné au lit le 13 mars, G... est trouvé le teint terreux, les paupières gonflées et noirâtres, les conjonctives injectées et légèrement jaunes. La langue est saburrale, l'haleine fétide, le foie est gros ; le malade est constipé et ne va à la selle que sous l'influence de lavements ; les matières fécales sont très fétides.

Il est plus agité la nuit que le jour ; son excitation est automatique et ne correspond pas à une activité intellectuelle exagérée.

L'intelligence, au contraire, est confuse. Il ne cherche pas à expliquer les actes incohérents qu'il a commis. Il se contente de les nier, prétendant en avoir perdu le souvenir. Il déchire ses draps, sa chemise, se barbouille de matières fécales sans chercher à quitter son lit.

15 mars. — *L'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat positif.*

Même état jusqu'au 20 mars. L'examen des urines, pratiqué avant toute modification au régime, a révélé une diminution de volume (9 décilitres en vingt-quatre heures), une diminution de l'urée (16 gr.) et un coefficient d'oxydation un peu faible (76).

20 mars. — Le malade est mis au régime lacté absolu et prend 1 gramme de calomel.

L'état d'excitation persiste, avec tout le cortège de signes physiques ci-dessus signalés jusqu'aux premiers jours d'avril. A cette époque, le malade s'excite encore par intervalles et quand il est provoqué par un voisin trop bruyant; mais il ne déchire plus, les périodes de tranquillité s'accroissent; le 10 avril, le malade très tranquille, est soumis à une alimentation encore surveillée, mais moins rigoureuse.

La deuxième quinzaine de mai a été très bonne, le malade est resté calme dans son lit, ne s'inquiétant que de son transfert qu'il sait proche; les yeux sont moins jaunes, le teint moins terreux, les selles plus régulières et moins fétides.

29 mai. — *L'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat négatif.*

Le malade quitte l'Asile de Vaucluse le 31 mai sans nouvel incident. Il a été envoyé à Villejuif.

En résumé, accès d'excitation ayant évolué parallèlement avec un certain degré d'insuffisance hépatique caractérisé par de la diminution de l'excrétion de l'urée, la fétidité des selles, le mauvais fonctionnement du tube digestif, l'augmentation de volume du foie, la glycosurie alimentaire. Amélioration également parallèle et sous l'influence d'un régime favorable au foie, de l'état général et de l'état mental.

Plus de glycosurie alimentaire au moment de la guérison.

OBSERVATION VIII

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Délire de persécution. — Idées hypochondriaques et interprétations délirantes au cours d'alcoolisme chronique.

M. J.-B. M..., trente ans, homme de peine, n'a rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Antécédents personnels. — Rougeole. A été à l'école jusqu'à treize ans. A son certificat d'études. Marié : un enfant bien portant de quatre ans.

Depuis trois ans il a des idées de persécution (ses collègues lui en veulent; ils voudraient lui faire perdre sa place aux Halles; ses voisins disent du mal de lui) et des idées hypochondriaques. (Il a des battements de cœur; il se sent échauffé : il a l'anus cousu.)

Il avoue avoir bu autrefois du vin, jusqu'à 3 litres par jour, ainsi que des apéritifs et présente un tremblement alcoolique.

En octobre dernier il entend des voix qui sortent de la muraille; les conversations des passants le concernent. Il n'a pas d'hallucinations visuelles, ni de la sensibilité générale. En décembre « il se méfie des passants » et devient très jaloux de sa femme. Il l'accuse de vouloir l'empoisonner « pour épouser un jeune homme du pays ».

Il a des colères violentes, menace de frapper, mais ne met pas son projet à exécution. Il prétend qu'on veut lui faire signer des papiers malgré lui.

Ces jours derniers, sa femme lui a parlé au travers de la muraille et l'a accusé d'avoir tué.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier, si ce n'est que le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal.

20 janvier 1909. — Étant dans un état de demi-sommeil il entend dire : retournez-le. C'est la voix de son médecin. Il se trouve alors plongé dans un sommeil plus profond, mais seulement après « avoir senti le froid d'un bistouri au niveau de l'anus ». Il déclare alors à la surveillante, au réveil, qu'il a bien compris qu'on allait l'opérer. D'ailleurs, il le faut bien, « il a le derrière cousu ». Le malade a été mis au régime lacté absolu. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace.

21 janvier. — Le malade a pris 150 grammes de glucose, la *glycosurie alimentaire est positive* ; six heures après, 440 centimètres cubes d'urine ont été émis. La quantité totale de glucose qui a passé est de 39 gr. 60 (moyenne de trois dosages).

28 janvier. — Il croit entendre des voix qui l'accusent d'avoir participé à l'affaire Steinheil. Ces voix l'accusent lui et sa femme. S'il a dit du mal de ses compagnons durant son travail, il est prêt à demander pardon. Il est encore désorienté dans le temps, mais plus du tout dans l'espace. Il entend ses voisins dire qu'il ne guérira pas. Toujours idées hypochondriaques et de persécution.

8 février. — Le malade est mieux. Il est mis au régime ordinaire.

10 février. — Le malade va beaucoup mieux ; sa mémoire est meilleure ; il n'est plus aussi désorienté que les premiers

jours ; il cause davantage, n'a presque plus d'interprétations délirantes et paraît moins sombre.

La glycosurie alimentaire est encore positive, mais la quantité totale de glucose retrouvée dans les urines est tombée à 2 gr. 20 (moyenne de trois dosages).

OBSERVATION IX

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Confusion mentale et poussée délirante chez une débile

M^{me} B... Françoise, quarante-cinq ans, couturière, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pas de maladies. Mariée, deux enfants bien portants ; deux fausses couches.

D'après les renseignements fournis par sa fille, elle a toujours été inquiète, soupçonneuse, croyant facilement qu'on lui voulait du mal et qu'on s'occupait d'elle. Elle a été d'une intelligence médiocre à l'école. Il y a cinq ans, elle aurait eu une congestion cérébrale (?).

Il y a quatre ans, elle a eu pendant six mois des alternatives de tristesse vague, avec idées de persécution et des moments de rémission. Un jour elle va chez le commissaire de police parce qu'elle était surprise de trouver un journal illustré entre les mains de son fils.

Vers la fin de novembre 1908, la malade reste au lit, pleure, ne parle pas, répond à peine aux questions, est reprise de vagues idées de persécution et présente de la confusion mentale. Elle entre à l'hôpital le 19 décembre 1908. Elle émet des

idées d'auto-accusation très nettes : elle pleure parce que sa nièce est malheureuse par sa faute. Elle croit entendre sa petite-nièce dans la salle, qui lui dit qu'elle l'aime tendrement. Elle est entièrement désorientée dans le temps et dans l'espace.

Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

L'examen somatique révèle l'existence d'un cancer de l'utérus (passe en chirurgie).

4 janvier 1909.— *La glycosurie alimentaire a été positive.*

OBSERVATION X

(Vigouroux et Juquelier.)

Délire hallucinatoire et mélancolie intermittente chez un dégénéré héréditaire

Jean-Baptiste D..., quarante-neuf ans, est entré dans le service des hommes de l'Asile de Vaucluse le 19 avril 1902. C'est son sixième internement.

De ses antécédents héréditaires nous savons que son père a été interné à Rennes à soixante-quinze ans, et deux mois seulement avant sa mort. Le malade a eu quinze frères et sœurs dont six sont morts. Les autres sont bien portants. Aucun n'a présenté ou ne présente pas de troubles cérébraux.

Le malade est marié depuis 1883 et n'a pas d'enfants, il n'a jamais présenté de maladies graves. C'est un bon ouvrier et *un ouvrier sobre*. En 1892 il reçut, en travaillant de son métier de forgeron, un coup de marteau au niveau de l'arcade sourcilière gauche. Ce traumatisme n'eut pas de conséquences

immédiates et les premiers troubles intellectuels ne déburent qu'un an après.

D... fut interné pour la première fois en 1893. Après un repos de quelques semaines, il put reprendre son travail. Mais depuis il a eu plusieurs crises délirantes analogues à la première, alternant avec des périodes de bonne santé.

La durée des crises est variable, ainsi que la durée des périodes intermédiaires, mais toutes ont les mêmes caractères : nous ne décrirons que la dernière. Notons cependant que, pendant son dernier internement, D... a eu une rechute et, que nous avons pu assister à l'évolution complète de la crise. Nous sommes en droit d'affirmer qu'elle *n'avait été provoquée par aucun excès alcoolique*, le malade est abstinént à l'Asile.

Sorti de l'Asile de Vaucluse, le 22 septembre 1901, à la fin de la crise qui a précédé celle que nous étudions, le malade reprit son travail pendant sept mois, ne présentant rien d'anormal.

Vers le 10 avril 1902, sa femme remarqua le matin qu'il avait mauvaise mine, il était jaune, dit-elle, et mangea sans appétit.

Il continua pourtant à travailler pendant quelques heures, mais le soir, une heure avant de finir sa journée, il quitta brusquement l'atelier et revint chez lui, se disant poursuivi.

Des voix lui conseillaient de se sauver s'il voulait éviter la mort, l'accusaient de crimes imaginaires. Sa femme voyant débiter un nouvel accès, provoqua le certificat d'internement qui le conduisit à Sainte Anne et deux jours après à Vaucluse.

Examiné à son entrée le 19 avril, le malade paraît triste,

inquiet. La peau est sèche, présente une teinte terreuse, les conjonctives sont nettement subictériques. Les pupilles sont sensiblement égales et les réflexes pupillaires sont conservés. La langue étalée et saburrale ne présente pas de tremblement fibrillaire. Le malade parle bas, sans hésitation ni achoppements, l'haleine est d'une fétidité spéciale. Les réflexes patellaires sont forts, les réflexes cutanés (plantaires et crémastériens) sont faibles. Pas de modifications notables de la sensibilité générale, ni de la force musculaire. Cependant le malade se sent faible. Au premier examen, pas de troubles importants des principaux organes. Pouls un peu lent, pas d'hyperthermie. On note pourtant un léger degré d'artério-sclérose, une certaine difficulté de la miction. Les urines, normales d'aspect et de quantité, ne contiennent ni sucre ni albumine, il ne se rend pas un compte exact de sa situation ni du temps.

Comme altérations sensorielles, et de même qu'à ses crises précédentes (elles paraissent calquées les unes sur les autres) le malade présente des hallucinations auditives presque continues : il entend des voix de tous les côtés, ces voix lui disent de s'en aller. Il ne peut douter de leur réalité : il y en a des quantités : « tout le monde est après moi ». Il ne distingue pas tout ce qu'elles disent, mais elles l'obsèdent d'ordres de départ : « Va-t'en, va dans ton pays, etc. »

La persistance de ces hallucinations auditives explique l'état mélancolique du malade qui, au cours de crises précédentes, a eu des idées de suicide, sans jamais pourtant faire de tentatives bien sérieuses.

Laissé pendant quelques jours (du 20 au 29 avril) au régime ordinaire, le malade a été assez calme, mais toujours hallu-

ciné. Des voix lui disent d'aller travailler, d'autres veulent l'expulser. Il sait bien que des personnes veulent lui faire le tour : absorbé, pensif, il parle peu, mange modérément et ne va à la selle que sous l'influence de lavements et de purgatifs. La langue reste sale : D... supporte assez bien le séjour au lit : les nuits sont bonnes.

Avant toute modification au régime, les urines ont été examinées. L'examen a révélé une diminution légère de l'excrétion de l'urée (22 gr. au lieu de 26 gr. 30 par vingt-quatre heures), et un coefficient d'oxydation un peu élevé : 94 (au lieu de 85).

Enfin, le 28 avril, le malade absorbe 150 grammes de glycose. Les urines recueillies deux heures après l'ingestion donnent très nettement, avec la liqueur de Fehling, un précipité rougeâtre d'oxyde de cuivre ; le 30 avril, administration de 0 gr. 50 de calomel et régime lacté absolu.

Le régime lacté absolu a été continué pendant deux semaines ainsi que l'administration, à quelques jours d'intervalle, de petites doses de calomel. L'amélioration a été rapide. La langue est devenue moins blanche, le teint meilleur, les yeux moins jaunes : les voix se sont éloignées et ont disparu progressivement.

15 mai. — Le malade se dit complètement rétabli et demande à travailler. On fait droit à sa demande, et un régime alimentaire est institué, moins rigoureux, mais duquel le vin est absolument exclu. La régularité des selles est assurée par des purgatifs légers souvent répétés.

8 juin 1902. — Le malade, se sentant tout à fait bien, demande sa mise en liberté. L'amélioration a été en s'accroissant, travail régulier, plus d'hallucinations.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été renouvelée et a été absolument négative.

En résumé, délire mélancolique secondaire à des hallucinations auditives ayant évolué chez un prédisposé, parallèlement à un accès d'insuffisance modérée de la cellule hépatique; amélioration également parallèle de l'état physique et de l'état mental.

L'épreuve du sucre paraît avoir, dans ce cas, une valeur diagnostique réelle, puisqu'elle a donné des résultats différents à un mois d'intervalle; l'état du malade était très différent aux deux dates de l'examen.

OBSERVATION XI

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Phase d'excitation et délire onirique chez un débile mythomane.

M. Félix D..., dix-sept ans, né de père alcoolique et tuberculeux et peut-être syphilitique, mort il y a six ans de cancer de la langue (?). La mère a eu successivement une fausse couche de deux mois, un enfant venu à sept mois et mort à onze, et le malade actuel né à terme trois ans après.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche. A toujours été arriéré, travaillait mal à l'école, néanmoins a su lire, écrire, compter. Actuellement est employé à faire des courses. Il a les colères faciles et refuse souvent de parler.

25 décembre 1908. — Le malade présente des phénomènes d'excitation, ne peut plus dormir, parle sans cesse.

Quelques jours après, au milieu de la nuit, sa mère le trouve dans la cuisine en train d'emballer de la vaisselle pour la vendre et avoir, ainsi, de l'argent pour voir des femmes. Il est amené à l'hôpital où, le 27 décembre 1908, il déraisonne complètement : il raconte des histoires extraordinaires qui lui seraient arrivées. Tout ce qui se fait autour de lui est grand et beau. Il a visité tous les pays du monde : il connaît la Russie, l'Amérique ; il a fait des pêches et des chasses miraculeuses. Il pêche avec des lignes d'argent et d'or. Il a pris des brochets de 1600 livres ; il a tué cinq ours. Il cause volontiers de femmes, dont il a possédé un nombre incalculable, « il a eu des duchesses ». Il connaît toutes les maisons closes de Montmartre, il y allait tous les soirs. Il connaît une jeune fille qu'il veut épouser : elle a quatorze ans et il y a dix-huit ans qu'il l'aime.

Il parle sans cesse et délire toute la nuit. Il boit, dit-il, de l'absinthe et déclare avoir bu tous les apéritifs possibles : il fume des tabacs qui lui viennent d'Orient. Il se masturbe sans cesse, mais moins qu'il ne le prétend, car à l'entendre ce serait vingt à trente fois par nuit. Mais lorsqu'on lui dit qu'il ne dit pas la vérité, il avoue mentir : tout ce qu'il a raconté est faux.

La glycosurie alimentaire a été positive le 28 septembre, le 10 octobre et le 11 novembre 1908.

OBSERVATION XII

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Bouffée délirante de persécution chez une débile

M^{me} C... Marie, trente-trois ans, femme de chambre, n'a rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Elle a six frères ou sœurs bien portants, un frère est mort de rougeole, deux sœurs de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Elle-même est née à terme, n'a pas eu de convulsions. Rougeole à cinq ans. Réglée à treize ans régulièrement. Pas de maladies antérieures. Céphalées rares. Son entourage a remarqué qu'elle est triste depuis la début du mois de septembre 1908.

Dans la nuit du 20 septembre 1908 elle rêve que le fils de son maître est en danger. Elle veut aller lui porter secours. La cuisinière l'en empêche. Elle veut alors y faire aller son patron lui-même. Le lendemain, elle a « une lourdeur dans la tête ». Depuis cette époque elle est triste. En juin 1908 elle aurait surpris une conversation entre la belle-fille de ses patrons et sa coiffeuse. La belle-fille aurait dit à la coiffeuse qu'elle n'aimait pas son mari, que c'était « un imbécile » et « qu'un jour ou l'autre elle veut le faire pincer avec la femme de chambre (la malade) ». Depuis cette conversation elle a des arrière-pensées. Elle a eu depuis une série de cauchemars dont elle n'a conservé qu'un vague souvenir.

6 octobre 1908. — Date à laquelle la malade entre à l'hôpital, elle n'est désorientée ni dans le temps ni dans l'espace. Cependant, elle est parfois « comme surprise » et

paraît obligée de faire de grands efforts de mémoire pour se souvenir. Elle a de fausses reconnaissances : elle prend une malade qu'on amène pour sa sœur. Elle n'a pas d'hallucinations. Son attention se fatigue vite. Elle reste alors hébétée et ne répond plus aux questions. Sa mémoire aurait un peu diminué. Son affectivité est plutôt exagérée. Elle aime toujours sa famille et dit n'avoir travaillé que pour elle. Elle est plutôt triste, sans idées mélancoliques vraies. Elle croit que certaines personnes sont mal disposées pour elle : « elles lui lancent des suggestions ». Une bonne de la famille lui en veut : autrefois elle était son amie et sa confidente, mais elle ne la voit plus, ce qui ne l'empêche pas de lui nuire en la critiquant. Elle a des cauchemars et elle voit, dans ses rêves, des persécuteurs la menacer. Aucun phénomène de cet ordre lorsqu'elle est éveillée.

5 octobre. — Elle écrit une lettre à sa famille dans laquelle elle expose son état d'âme. Elle a commis, dit-elle, une faute grave dont elle parle continuellement et qu'elle ne peut pas préciser. Elle a écrit cette lettre à la suite d'un pressentiment : elle croyait qu'elle allait mourir sitôt la lettre écrite. Réflexion faite elle ne veut pas l'envoyer, se rendant compte « que ce n'est pas sérieux ». A plusieurs reprises, au moment où on l'examine, elle dit que la malade qui entre est sa sœur et elle se trouve soulagée de son angoisse en allant la voir de près et en s'assurant que ce n'est pas elle.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier, le foie est normal ; la malade est très constipée, son ventre est ballonné, les digestions sont lentes et laborieuses.

8 octobre. — *La glycosurie alimentaire est positive* et le

11 octobre 1908, la malade, qui n'a plus de bouffées délirantes, quitte l'hôpital très calme.

OBSERVATION XIII

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Idées mélancoliques chez une débile

M^{lle} M..., trente-huit ans, couturière, de mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Est venue au monde avant terme (sept mois), pendant le siège de Paris. On retrouve de l'onanisme jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Elle a eu la rougeole et la scarlatine. Réglée à quinze ans et demi régulièrement. La malade apprenait difficilement à l'école.

12 juillet 1908. — Elle a eu une sorte de crise nerveuse : elle serre les jambes et prétend ne plus pouvoir marcher. Elle se persuade les jours suivants que c'est Dieu qui la punit ainsi d'avoir été méchante. Puis cela passe, mais elle pleure souvent et se reproche de faire souffrir ses parents. Elle pleure et ne veut pas rester seule. Une de ses sœurs, en 1899, avait déjà été prise, comme la malade, en allant à l'école, de « contraction intérieure rendant la marche impossible ». La malade a lu avec passion des romans d'aventures et des contes fantastiques. Elle a une prédilection pour la divination par les cartes, à laquelle elle croit encore. Elle a des colères violentes dues au « tempérament violent du magnétisme ». Elle a souvent des douleurs abdominales et lombaires qu'elle attribue à ses anciennes habitudes d'onanisme. En 1898 elle commence à se faire magnétiser, comme

sa sœur ; trois magnétiseurs l'entreprennent pour la guérir d'une douleur abdominale, qu'à l'hôpital Saint-Joseph on avait rapportée à une appendicite : elle a quitté l'hôpital quand on lui a parlé d'opération.

Les magnétiseurs, eux, lui portent les mains aux endroits douloureux et lui passent du fluide magnétique à travers un mouchoir, et cela pendant dix ans, après quoi elle déclare à son tour pouvoir passer du fluide aux autres personnes et elle prétend pouvoir ainsi soigner sa mère et ses sœurs.

En juillet dernier, la malade aurait eu des impulsions violentes de se livrer à l'onanisme, au saphisme, au coït ; elle n'aurait pas cédé à ces impulsions et c'est à partir de ce moment qu'elle commence surtout à s'inquiéter de sa maladie. Elle a à chacune de ces impulsions une sensation très vive de chaleur, des éclairs lui passent devant les yeux, elle ressent cette contraction intérieure dont elle parle sans cesse. Tous ces malaises continuent et elle s'attriste ; elle songe vaguement à se suicider. Un jour elle fait le simulacre de se donner deux coups de couteau. Quand la malade a les yeux fermés, elle voit ce qui lui arrivera plus tard. Sa mémoire est assez mauvaise, son affectivité est exagérée. Elle a des idées mélancoliques nettes : elle est criminelle, elle a fait et fera du mal à sa famille.

L'examen somatique montre que la sensibilité est normale, le réflexe pharyngien est conservé, les réflexes rotuliens sont assez forts. Elle prétend ne pas pouvoir marcher : elle se contracte quand on lui demande de le faire. Il est impossible de palper son ventre qui se contracte. Du côté des organes des sens : les mouvements des yeux sont normaux, légère exophtalmie ; il y a diminution du réflexe palpébral,

le champ visuel est normal, pas de dyschromatopsie. Le foie est plutôt diminué de volume. Son cou a comme circonférence, en haut 32 cm. 5 ; à la partie moyenne 32 centimètres ; au sternum 35 centimètres. Les appareils circulatoire et respiratoire sont normaux. Tension artérielle : 21 centimètres de Hg. Pouls 88 à la minute. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

15 octobre 1908. — Les idées érotiques réapparaissent plus marquées : couchée à gauche elle pense aux hommes, couchée à droite elle pense aux femmes ; sur le dos elle est poussée à l'onanisme.

22 octobre. — Son esprit lui dit qu'elle tuera un jour son père. Elle a cru un moment que le diable la dirigeait.

27 octobre. — Son esprit lui a montré que son nom veut dire « mauvais journal ». Elle expie une faute commise, non pas sur cette terre, mais dans un autre monde. Elle-même est l'esprit du mal, et elle a été créée pour faire souffrir les autres. Elle ne mourra jamais.

9 novembre. — Interprétations délirantes ; ce qu'on dit autour d'elle ne se rapporte qu'à elle.

10 novembre. — Un esprit lui fait dire des choses qu'elle ne veut pas dire. Elle entend et répète plusieurs fois le nombre 47 ; de même le nombre 54.

12 novembre. — Elle est toujours triste.

16 janvier 1909. — La malade va beaucoup mieux.

La glycosurie alimentaire a été positive le 19 octobre 1908, le 21 décembre 1908, le 8 janvier 1909 et le 22 janvier 1909, où la quantité totale de glucose éliminé n'a été que de 0 gr. 45 seulement (moyenne de 3 dosages). La malade est très améliorée au moment de sa sortie.

OBSERVATION XIV

(Guichard, *in* thèse)

*Dépression mélancolique, impulsions et obsessions
chez un dégénéré*

M... Joseph, âgé de cinquante-cinq ans, employé de commerce.

Mère, morte d'une maladie de cœur, à cinquante ans, avait été internée à la ménopause.

Pas de renseignements sur le père.

Un frère en bonne santé.

Personnellement, il a aujourd'hui une assez bonne santé habituelle. Marié à vingt-quatre ans, il n'a eu qu'un enfant, mort, à sept ans, de la poitrine.

Le malade a eu une existence assez régulière, son caractère est habituellement triste, et, en 1883, il a dû subir un premier internement. *Il dit n'avoir pas abusé des boissons alcooliques.* Depuis quelques années, il a eu des chagrins et, à la suite de surmenage dans ses occupations, son caractère se modifie, il a des maux de tête, il a quelques obsessions et des impulsions au suicide et à l'homicide.

5 octobre. — Le certificat du Dr Magnan signale : « dépression mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, obsessions et impulsions, suicide et homicide. »

6 octobre. — Il est transféré dans le service de M. Vigoureux.

M... est triste, il a l'air d'être préoccupé, ses pupilles sont normales, les réflexes patellaires forts et brusques ; pas

de réflexes crémastériens, léger tremblement de la langue et des mains, artères dures et sinueuses.

Glycosurie alimentaire, positive deux heures et quatre heures après l'ingestion.

5 octobre. — Glycosurie dans les mêmes conditions. *La glycosurie disparaît le 16 octobre.*

Le certificat de quinzaine, daté du 22 octobre, du Dr Vigouroux, mentionne : « dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, obsession au suicide, obsession de faire du mal aux autres ; depuis son entrée, a eu plusieurs crises d'anxiété, pendant lesquelles il tentait de s'étrangler avec un mouchoir, tout en criant : empêchez-moi ! il a frappé également son voisin de lit. Conscient de son état, se trouve très malheureux. Amélioration depuis son entrée. »

Dans le courant de novembre, l'amélioration est très manifeste, le malade, soumis au régime commun, travaille régulièrement.

Sorti le 30 novembre, amélioré.

OBSERVATION XV

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Délire hypocondriaque chez un débile

M. G..., trente-quatre ans, égoutier, a toujours été d'une intelligence médiocre ; il apprend difficilement à lire, ne sait pas écrire. Son frère qui donne ces renseignements l'a toujours considéré comme « d'un petit jugement ». Il a toujours été craintif et de santé précaire. Sa femme est tuberculeuse

depuis deux ans, il en a été très frappé, lui-même a les bronchites faciles. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. Il entre le 22 décembre 1908 pour bronchite avec congestion pulmonaire. Il donne alors l'impression d'un débile avec idées hypocondriaques vagues. Il reste assis sur son lit, l'air préoccupé, examinant et palpant son ventre, ses bras, ses cuisses, sa verge. « Ça ne va pas, ça ne va pas », répète-t-il sans cesse. Une nuit, il se plaint de rétention urinaire. L'interne de garde le sonde ; depuis lors ses préoccupations hypocondriaques se fixent sur sa verge et sur les phénomènes de la miction. Anxieux, il stationne devant la fenêtre, examinant sa verge, la pressant : « Ça y est, dit-il, je ne peux plus uriner. » On le passe dans la salle des délirants où son délire s'accroît. Il urine goutte à goutte dans son lit, sur le parquet. Sa verge meurt peu à peu, il n'en reste qu'un petit bout de vivant : c'est à peine si elle a un centimètre. Elle est morte : il n'urinera plus jamais. D'ailleurs, dit-il, depuis son entrée à l'hôpital il n'a uriné que quelques gouttes ; tout le reste depuis un mois s'est accumulé dans son ventre. Au commencement de janvier, ses préoccupations, tout en restant attachées à la miction se tournent peu à peu du côté de la défécation. Il déclare que son derrière se meurt. Il ne pourra plus jamais aller à la selle. Aussi ses matières s'accumulent-elles avec l'urine en lui. Bientôt sa tête va en être remplie. Le malade a énormément maigri depuis deux mois, mais il croit que ses cuisses, ses fesses, son abdomen ont considérablement augmenté de volume par accumulation des matières. Il en est si plein qu'il refuse de se nourrir. A quoi bon ? D'une part il n'a plus de place pour la nourriture, d'autre part il n'a plus besoin de se nourrir puisqu'il vivra

cent ans, toujours ; il ne mourra jamais : il est éternel. Il ne tire pas sa langue « parce qu'il n'a plus rien ». Il a des idées de négation : il n'a plus de joues, plus de langue, plus de cerveau. Il ne considère pas sa souffrance comme un châtiment.

25 janvier 1909. — Le malade déclare que toutes ses matières dont il est plein se sont transformées en or... Ses réflexes sont très forts. La ponction lombaire est négative. Il a dans la tête une matière, lourde comme du plomb qui lui tombe sur les yeux et l'empêche de voir. Il ne peut plus ouvrir la bouche, il introduit ses doigts entre ses dents pour pouvoir boire. On lui fait remarquer qu'il avale bien : « Il n'y a plus qu'un tout petit trou », répond-il. Il parle du nez, car il ne peut plus ouvrir la bouche. D'ailleurs il n'a plus de ventre, il n'a plus de bouche...

La glycosurie alimentaire est positive. Le malade étant gâteux, il a été difficile de recueillir toutes ses urines. Dans les 20 centimètres cubes qu'on a pu avoir, il y avait des traces faibles, mais nettes de glucose.

OBSERVATION XVI

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Bouffée délirante de persécution et idées hypochondriaques chez une débile

M^{me} F... Hélène, vingt-six ans, brunisseuse, de mère très nerveuse, a une tante qui s'est suicidée (mélancolique?). Sa grand'mère est alcoolique ; un frère mort de convulsions à neuf mois.

Antécédents personnels. — Elle-même, née à terme, n'a

pas eu de convulsions. Rougeole et scarlatine. Régulée à treize ans régulièrement.

Elle apprenait difficilement à l'école, était très distraite, a toujours été très nerveuse et a conservé des idées hypocondriaques depuis une entérite qu'elle a eu il y a deux ans, depuis aussi qu'elle a été opérée d'une fistule anale. Mariée à dix-huit ans, n'a eu ni enfants ni fausses couches. Divorcée depuis trois ans en sa faveur.

A la suite d'ennuis divers et réels, la malade pense toujours à sa santé, elle présente des idées hypocondriaques. La vie lui pèse. Elle cause peu. Il y a deux mois, à la suite de maux de dents, la malade va à l'école dentaire où elle est soignée par un jeune dentiste. Il est impossible de savoir ce qui s'est passé entre eux, peut-être même n'y a-t-il rien eu. La malade prétend que ce dentiste veut l'épouser et qu'il veut la tuer. Elle entre à l'hôpital parce qu'elle croit fermement avoir rencontré ce dentiste à la porte de l'hôpital même et qu'il veut toujours la tuer. Elle veut le vitrioler.

30 janvier 1909. — La malade est assise sur une chaise, la tête appuyée sur une main, pensive. Elle prend 150 grammes de glucose, dont elle rend plus de la moitié vingt minutes après, cependant *la glycosurie alimentaire a été positive* et macroscopiquement la réduction, qui est forte, semble être égale à celle qui a été observée jusqu'ici chez la plupart des malades où elle a été positive après absorption de 150 grammes de glucose.

9 février 1909. — La malade va beaucoup mieux, cause normalement, rit, s'occupe, lit et n'a plus l'aspect concentré des premiers jours.

Elle ne croit plus que le dentiste la poursuit et se rend

compte qu'elle se trompait lorsqu'elle le pensait. Cependant, si on insiste beaucoup, elle hésite encore, et ne paraît pas tout à fait certaine de son erreur. La malade est cependant très améliorée.

10 février 1909. — *La glycosurie alimentaire* avec 75 grammes de glucose, quantité incontestablement supérieure à celle que la malade a absorbée le 30 janvier *est nettement négative*.

OBSERVATION XVII

(Vigouroux et Juquelier.)

Délire hallucinatoire et confusion mentale

B... Louis, chauffeur mécanicien, est entré dans le service le 14 juin 1902.

Il est âgé de cinquante-cinq ans : ses antécédents héréditaires ne nous sont pas connus. Il a perdu sa femme il y a deux ans. Il a eu deux enfants bien portants. Son fils aîné, marié lui-même et chez qui le malade a vécu depuis un an, n'a pu donner de renseignements sur le passé de son père. B... a travaillé seul jusqu'il y a un an.

A cette époque il est venu vivre avec son fils et a travaillé avec lui. Il est sobre depuis lors. Nous ne savons pas s'il en était de même auparavant. Quoi qu'il en soit, il s'est bien porté jusqu'à la fin du mois de mai 1902. Il perdit alors l'appétit et parut inquiet et préoccupé.

Un soir dans les premiers jours du mois de juin, il quitta la maison, et pendant huit jours ses enfants n'en eurent plus

de nouvelles. Le malade erra pendant quelques jours puis se jeta dans la Seine au pont de Bercy. Immédiatement repêché, son identité fut établie, et il fut rendu à son fils qui le faisait rechercher. Il ne put rester qu'une semaine parmi les siens. Il essaya de se remettre au travail mais sans succès. Les nuits surtout étaient mauvaises : B... fit plusieurs tentatives de suicide ; il tenta de se pendre, de se couper la gorge avec un rasoir ; il se prétendait poursuivi par la justice et voulait se tuer pour lui échapper ; ses enfants durent provoquer son admission à Sainte-Anne. Examiné à son entrée dans le service (15 juin), le malade est assis sur son lit, le regard fixe, étranger à ce qui se passe autour de lui, sa physionomie exprime une certaine anxiété. La peau est terreuse et sèche, les pupilles sont égales, les réflexes lumineux sont lents, mais conservés. La langue est saburrale, animée d'un léger tremblement fibrillaire. Les réflexes sont normaux, la sensibilité générale intacte, la force musculaire conservée. Les mains tremblent un peu. Il n'y a ni hyperthermie, ni augmentation du nombre des pulsations. Le foie est petit. L'examen des poumons est négatif. L'auscultation du cœur révèle l'existence d'un souffle diastolique léger au niveau de la région méso-cardiaque.

Les urines sont rouges et ne contiennent ni sucre, ni albumine ; le malade a eu quelques saignements de nez.

Au point de vue mental, c'est au premier abord la confusion qui domine. Les réponses sont incohérentes, lentes, mais courtes. B... ne sait où il est, depuis combien de temps il y est. Mais ce qu'il sait, c'est qu'il va mourir, des voix le lui disent, on va le tuer. Les voix lui ont conseillé de se tuer lui-même. Il a vu la nuit ses enfants morts. Il faut beaucoup

insister pour qu'il consente à s'alimenter. « Ce n'est pas la peine que je mange puisque je vais mourir. »

Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle (24 juin), l'état du malade est resté sensiblement le même. Il ne vit que sous l'influence des voix impérieuses qui veulent l'envoyer à la mort. A chaque instant il quitte son lit, « je dois m'en aller. Il faut que je descende pour qu'on m'assomme, mais je ne sais pas où je vais ».

La confusion persiste au point de vue du monde extérieur. Les réponses aux questions les plus usuelles sont toujours incohérentes. Au point de vue somatique même état saburral du tube digestif avec anorexie, constipation et fétidité des selles.

Pratiquée le 16 juin, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a donné un résultat positif. Les urines examinées plus complètement le 20 juin, ne contiennent ni sucre ni albumine, mais des pigments biliaires normaux (bilirubine) et de l'urobiline. Le régime lacté absolu est institué.

En résumé. — Évolution parallèle chez un homme de cinquante-cinq ans d'un certain degré d'insuffisance hépatique caractérisée par des troubles digestifs, de l'urobilinurie, de la glycosurie alimentaire et de troubles psychiques ; délire hallucinatoire ou confession mentale.

OBSERVATION XVIII

(Vigouroux et Juquelier.)

Délire onirique, dépression mélancolique et confusion mentale

A... Pierre-Arthur, trente-sept ans, est entré le 17 mai 1902, dans un état d'hébétude très accusé après un passage de deux jours à Sainte-Anne ; nous n'avons eu sur ce malade ni par lui-même, ni par les siens, aucun renseignement permettant de résumer son histoire.

A son arrivée dans le service (18 mai), le malade est apyrétique ; sa physionomie exprime la stupeur. Il répond très difficilement aux questions qu'on lui pose, et ses réponses sont le plus souvent monosyllabiques. Il paraît être sous l'influence d'impressions terrifiantes. Le facies est stupide, le teint terreux, les pupilles sont égales, les réflexes pupillaires normaux. La parole est lente et rare, l'haleine horriblement fétide. Les réflexes cutanés sont abolis. Le réflexe patellaire est faible surtout à gauche.

Le malade se plaint de crampes dans les membres inférieurs. Il marche les jambes écartées, difficilement ; asthénie musculaire.

Il existe un tremblement généralisé surtout développé aux membres supérieurs.

Le malade n'est pas allé à la selle depuis son entrée.

Le poulx est lent et faible. Le foie paraît être de volume normal. L'auscultation du cœur et des poumons est négative.

Examinées au lit du malade les urines ne contiennent ni sucre ni albumine mais contiennent de l'urobiline.

Au point de vue mental, il existe une confusion extrême. Le malade est plongé dans un état pénible de torpeur auquel on l'arrache difficilement malgré de nombreuses questions. Il semble sortir de ses cauchemars pour les raconter en très peu de mots. Il voit des choses extraordinaires qu'il ne peut nous décrire.

Il a été poursuivi par des bandes d'individus qui en voulaient à sa vie ; il dit que sa femme et sa fille sont mortes et qu'on l'accuse de les avoir assassinées.

Il ne sait pas où il est et ne cherche pas à s'en rendre compte. La notion du temps lui fait également défaut.

Il ne vit que son rêve et reste indifférent à ce qui se passe autour de lui. Cependant en insistant beaucoup on peut le tirer de sa torpeur et obtenir de lui quelques réponses.

Pratiquée au moment de ce premier examen, l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne un résultat nettement positif, puis le régime lacté est institué. Du 19 au 25 mai, l'état physique ne subit pas de modifications, même haleine fétide, même langue saburrale, même constipation combattue par le calomel, selles fétides. Mais le malade n'a plus l'immobilité du premier jour, il s'agite dans son lit, se lève tout à coup mais sans violence, veut monter se faire couper le cou : « Laissez-moi passer, je suis condamné à mort, on m'attend. »

Quelques jours après (29 mai), il retombe dans l'état de torpeur et d'inactivité qui caractérisait la période d'entrée, et depuis cette époque son état est resté sensiblement le même. L'urobilinurie persiste. La glycosurie alimentaire

est encore positive. L'examen des urines révèle en outre de la diminution de l'excrétion de l'urée (15 gr. en 24 h.) et un coefficient d'oxydation faible (75).

En résumé confusion mentale avec délire onirique, idées mélancoliques, asthénie musculaire évoluant en même temps que de l'insuffisance hépatique caractérisée par les signes suivants : urobilinurie, glycosurie alimentaire, état gastrique, constipation, météorisme, fétidité des selles, diminution de l'excrétion de l'urée.

Cette observation fut ainsi publiée en juin 1902 à la Société médico-psychologique.

L'évolution a montré que l'insuffisance hépatique avait agi à la faveur d'un terrain préparé par un début de paralysie générale, caractérisée depuis par les signes habituels de cette affection : inégalité pupillaire, embarras de la parole. Affaiblissement intellectuel avec inconscience et euphorie.

Mais les phénomènes délirants, l'anxiété, les hallucinations, la confusion onirique disparurent sous l'influence du régime lacté et de petites doses répétées de calomel, destinées à combattre l'insuffisance hépatique.

Il s'agit donc dans ce cas d'un délire onirique, hallucinatoire ou dépression mélancolique.

Mais comme le fait remarquer Juquelier, cet état de rêve prolongé ne fait pas partie de la symptomatologie habituelle de la paralysie générale. Cependant, ajoute-t-il, chez ce malade « c'est ce délire onirique qui frappe, attire l'attention au début et jusqu'à un certain point gêne même le diagnostic, celui-ci ne s'éclairant qu'après sa disparition ».

Ces troubles psychiques d'apparence toxique ont coïncidé avec la présence de la glycosurie alimentaire.

OBSERVATION XIX

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

*Accès de dépression mélancolique.
Psychose périodique (?) (1)*

M^{me} Juliette M...-C..., quarante-quatre ans, femme de chambre, de père mort âgé. La mère aurait eu des idées de persécution et des idées mélancoliques. Elle est actuellement démente sénile. Une sœur de la malade a eu des crises nerveuses, étant jeune fille.

La malade a été élevée à la campagne, et mise en place à quatorze ans. Elle s'est surmenée toute sa jeunesse.

A trente ans, elle perd dans une mauvaise affaire toutes ses économies. Elle en conçoit un gros chagrin. Elle devient, de ce moment, irritable et sombre.

En 1903, elle se marie. Son mari, dès le début, la trouve toujours triste et abattue, avec des périodes de véritable dépression mélancolique de courte durée.

En août 1907, elle vient trouver son mari et raconte qu'elle ne peut rester dans sa place, parce qu'on la croit voleuse. Les passants dans la rue sont des agents de la

1. Cette malade a été présentée ainsi que les deux suivantes à la Société de Psychiâtrie en février 1909 par M. Laignel-Lavastine et par nous.

sûreté ; la nuit, elle entend des accusations portées à voix basse.

Elle s'accuse d'avoir volé : sa patronne ayant jeté aux ordures de vieilles dentelles, elle les prend pour elle et le lendemain, les jette au feu, s'accusant de les avoir dérobées.

Son mari l'envoie à la campagne, dans une maison où on la prend gratuitement. Elle se croit obligée de travailler d'arrache-pied pour prouver sa reconnaissance. Rentrée le 1^{er} octobre 1907, elle est tout à fait bien jusqu'au mois de mai 1908.

A ce moment, elle entend de nouveau des voisins porter des accusations contre elle. Elle redevient irritable et sombre. Son mari étant malade, elle souffre beaucoup de le voir ainsi : elle ressent les mêmes douleurs que lui. Cet état dure jusqu'en août.

Un soir de ce mois, son mari la trouve chez elle en larmes : elle s'accuse de mille et mille méfaits. Elle recherche dans son plus lointain passé des fautes qu'elle exagère. Elle s'accuse de vols. Le remords la ronge : elle a fait le malheur de sa famille et de son mari. Elle sanglote, ne sort plus, cesse de parler. Elle ne mange plus, elle n'en est plus digne.

Sur ces entrefaites, on la fait entrer à Sainte-Anne. Elle y est de plus en plus anxieuse. Si elle parle, elle fera condamner son mari ; si elle se tait, son silence sera mal interprété. Transférée à Villejuif, elle en sort le 1^{er} octobre dernier. Pendant huit jours, elle est à peu près calme, après quoi elle refuse de nouveau toute alimentation. Le 9 octobre 1908, elle entre dans le service de M. Dejerine, à la Salpêtrière. Elle ne tire de son séjour aucun bénéfice.

Le lendemain de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 4 novembre

1908, la malade est immobile dans son lit, silencieuse, sans regard. Elle ne répond pas aux questions, et ne prononce pas une parole. Elle n'accepte qu'une tasse de lait. Sa physionomie est douloureuse, le front plissé ; elle présente l'air mélancolique. Elle esquisse avec hésitation les gestes qu'on lui ordonne, mais il s'écoule entre l'ordre et l'exécution, un assez long intervalle.

5 novembre 1908. — Le foie, les poumons, le cœur sont normaux, le pouls est à 100, il est un peu petit et mou. La langue est chargée, ni sucre, ni albumine dans les urines.

7 novembre 1908. — *La glycosurie alimentaire est positive.*

15 novembre 1908. — L'état de la malade s'améliore, elle répond aux questions et ne refuse plus de s'alimenter.

3 décembre 1908. — La malade va de mieux en mieux, mais elle conserve le facies mélancolique.

14 décembre 1908. — Depuis six jours l'état mélancolique s'est accentué. La malade refuse à nouveau de s'alimenter. Cet état est consécutif à la visite de son mari qu'elle veut suivre. On le lui refuse : elle a une violente crise de larmes.

20 décembre 1908. — La dépression persiste. La malade ne parle pas.

25 décembre 1908. — La malade paraît aller mieux.

30 décembre 1908. — Elle demande à quitter l'hôpital, mais son visage est encore triste et elle refuse de dire quelles sont ses préoccupations.

8 janvier 1909. — La malade passe dans la salle des délinquantes, parce qu'elle pleure sans cesse, est agitée, refuse de manger (le bon Dieu le lui défend) ; elle n'a pas besoin de vivre. Elle prend le garçon de salle pour son mari qu'elle

appelle Jules et veut embrasser. Cette nouvelle crise est survenue à la suite du refus de la laisser sortir.

19 janvier 1909. — La malade parle un peu, mange comme une bête sans arrêt, les restes de ses voisines. Elle est toujours très déprimée, pleure et a le même facies mélancolique.

29 janvier 1909. — Les idées d'auto-accusation sont très marquées. La malade pleure sans cesse et dit qu'elle ne veut pas qu'on l'enterre vivante et qu'elle ne veut pas qu'on l'enferme dans la cave.

OBSERVATION XX

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Accès de dépression mélancolique. Psychose périodique (?)

M^{me} C. . . , quarante-trois ans, femme de chambre, de père mort d'hémorragie cérébrale à soixante-dix ans. Elle n'a rien de particulier dans ses antécédents héréditaires au point de vue névropathique. Elle a un frère de vingt-cinq ans et une sœur de trente-neuf ans bien portants.

Antécédents personnels. — Elle-même n'a jamais été malade. Étant enfant elle avait un caractère irritable mais n'apprenait pas difficilement à l'école. Elle a son certificat d'études; elle n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle s'est mariée deux fois : de son premier mariage elle n'a pas d'enfants. Son premier mari est mort d'une tumeur du rectum après dix ans de ménage.

Elle s'est remariée il y a quatre ans. Elle a une petite-fille âgée actuellement de trois ans et bien portante.

Pendant son deuxième mariage elle a eu de grands chagrins, elle n'était pas heureuse et son commerce périlait. Son deuxième mari est mort d'accident de bicyclette.

Le début de l'affection actuelle remonte à un an environ.

A la suite de ces chagrins, la malade présente des idées tristes, se sent incapable de travailler, manque de volonté, pleure sans cesse. Elle a vécu jusqu'alors dans le Cantal. On l'amène à Paris pour changer de milieu. Elle vient habiter avec son frère et sa belle-sœur. Là, elle reste souvent immobile pendant plusieurs heures, assise sur une chaise et pleure souvent. Elle ne peut travailler d'elle-même, mais fait tout ce qu'on lui commande avec une extrême lenteur.

Elle se fait des reproches : elle n'aime plus les siens comme autrefois et « n'a pas pour sa fille un cœur de mère ». C'est ce qui la désole. Elle ne s'intéresse à rien de ce qui l'entoure.

Depuis le début de la maladie, ces troubles ont été constants, mais beaucoup plus marqués certains jours que d'autres, sans qu'il y ait une régularité dans la succession des améliorations. Ces troubles sont cependant plus marqués au moment des règles. Jamais la malade n'a présenté de phase d'excitation ou d'activité anormale.

Souvent elle a des idées de suicide. Elle a tenté de se suicider avec un réchaud, et s'est souvent blessée volontairement les mains avec un couteau. Mais elle avoue que ces tentatives n'ont pas été sérieuses.

L'appétit a toujours été conservé. Il y a peu d'insomnie. La malade entre dans le service le 9 janvier 1909.

Elle a l'air triste, mais ne présente pas le facies mélancolique. Elle répond avec précision aux questions qu'on lui

pose. Elle se plaint surtout de ne pas avoir de volonté. Tout travail lui paraît pénible et difficile. Elle est indifférente à tout ce qui l'entoure. Ce qui la tourmente surtout, c'est de ne plus aimer ni ses parents ni sa fille. Elle se le reproche continuellement. Elle n'a pas d'idées de ruine, pas d'idées hypochondriaques, pas d'hallucinations.

L'examen somatique montre que le foie, le cœur, les poumons sont normaux. Les réflexes tendineux sont normaux. Le corps thyroïde est un peu gros. La malade n'a pas l'aspect myxœdémateux. Pression artérielle = 17. La malade dit avoir beaucoup engraisé depuis un an.

11 janvier 1909. — La malade est déprimée. Elle ne voudrait pas rester toute la journée au lit et demande à ce qu'on l'occupe. On le lui permet.

14 janvier 1909. — La malade pleure souvent et paraît plus excitée que les autres jours. Elle saisit les mains de son interlocuteur et demande avec anxiété qu'on la guérisse, qu'on lui fasse aimer sa fille.

16 janvier 1909. — La malade présente bien les troubles caractéristiques de l'état de dépression mélancolique :

1° Troubles de l'émotivité : n'aime plus ses parents, ni son enfant ; il y a anesthésie morale ;

2° Troubles de la volonté : elle n'a pas de volonté, ne peut pas travailler ;

3° L'état anxieux, qui en dérive, n'est pas très marqué, mais existe ;

4° Mais la malade n'a pas d'idées délirantes secondaires : elle n'a pas d'auto-accusation vraie.

Depuis hier, la malade paraît aller mieux.

27 janvier 1909. — *Glycosurie alimentaire positive (traces).*

OBSERVATION XXI

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Accès de dépression mélancolique (psychose périodique)

M^{me} B..., trente-cinq ans, cuisinière, de mère morte hémiplegique, a une sœur et deux frères bien portants. Née à terme, elle n'a pas eu de convulsions. Bronchite à dix ans. Petite, elle était gaie, jouait volontiers. D'une intelligence moyenne, elle avait une bonne mémoire. N'a eu aucun accident au moment de l'apparition des règles.

Elle se marie une première fois à dix-neuf ans, reste mariée dix-huit mois et a une petite fille morte à douze ans (il y a huit mois) d'endocardite avec chorée. Sa perte l'affecte beaucoup. Son mari est mort de tuberculose probablement.

Vers l'âge de vingt-huit ans, la malade souffre de céphalée frontale intense, surtout le matin et le soir. Ces douleurs sont si violentes qu'elles donnent naissance à des idées de suicide restées sans tentatives depuis cette époque jusqu'à ce jour. Ces idées de suicide débutent au moment de l'apparition de la céphalée, disparaissent pendant quelque temps, puis réapparaissent à l'occasion du décès de sa fille. Elle se marie pour la deuxième fois, le 9 novembre 1905. Elle est alors normale; elle souffre toujours de céphalées, mais n'est reprise de sa tristesse qu'au moment du décès de ses parents, qui sont morts tous deux l'année dernière. Elle ne fuit cependant pas la société et cause volontiers avec ses voisins. Son appétit reste bon.

Vendredi dernier (novembre 1908), elle devient très agitée et confuse. Le dimanche, elle sort et offre de courts instants d'état normal entre de longues heures de confusion.

Arrivée à l'hôpital, elle ne se plaint pas et continue à être confuse, désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle a cependant le sentiment qu'elle est à l'Hôtel-Dieu. Elle n'a pas de fausses reconnaissances, pas d'hallucinations. Elle est triste, ne parle que quand on l'interroge et ne fixe que peu d'attention sur sa réponse. Elle ne songe pas à manger, mêle les objets, cherche sa fille dans les placards, l'appelle et la réclame aux voisins.

Elle aurait dit à un ami qu'elle voulait s'asphyxier et asphyxier du même coup son mari pour qu'il ne lui survive pas. Pourtant cette idée ne la rend pas triste, elle n'y attache pas grande importance. Il n'y a jamais eu de tentative d'exécution.

Elle semble toujours préoccupée, mais refuse de dire ce qui la tourmente.

Elle veut se tuer, parce qu'elle souffre trop de la tête. Elle ne présente pas d'idées d'auto-accusation bien nettes.

Elle a eu des crises de larmes terribles, qui ont disparu depuis trois semaines.

Ces crises venaient à la suite d'observations insignifiantes de sa sœur.

7 novembre 1908. — *La glycosurie alimentaire a été positive.*

B. — Observations dans lesquelles
la glycosurie alimentaire a été négative

OBSERVATION XXII

(Laignel-Lavastine et Henry Rosanoff.)

Débilité mentale

M. Léonce C..., vingt-sept ans, timbreux aux courses.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de cinquante-cinq ans, très nerveuse, crises après le siège de Paris, crises hystériformes nettes, tendance aux idées tristes.

Père mort à soixante-dix-sept ans d'un refroidissement, s'est marié à cinquante et un an, nerveux, brutal, mais sobre. Il avait eu avant son mariage deux filles idiotes (qui n'ont jamais pu apprendre à lire). Sa femme entendit dire qu'il « avait le sang vicié ».

Antécédents collatéraux. — Une sœur âgée de vingt-quatre ans, très nerveuse.

Un frère âgé de vingt ans, au collège, prépare polytechnique.

Antécédents personnels. — Gastro-entérite à huit mois, parla tôt, n'urina pas tard au lit, pas de convulsions.

A l'école peu intelligent, mais travaillait pas mal, fixait bien son attention. Affectivité pas très développée.

Paraissait indifférent vis-à-vis de sa mère, aimait un peu plus son père.

Il était taciturne, sauvage, ne savait pas jouer, ses camarades se moquaient de lui.

A eu la coqueluche, rougeole et scarlatine.

A eu son certificat d'études.

Le jeune homme s'employa dans une maison d'exportation, car la famille fut gênée.

On ne fut pas mécontent de lui ; puis il entra dans une banque (où il faisait les feuilles d'entrée, débits, etc...). Il donna toute satisfaction ; puis il devint comptable dans une maison à local malsain et peu éclairé. Il eut alors une fièvre mal caractérisée et un commencement de tuberculose soigné par le D^r Letulle.

Le malade eut alors un délire violent accompagné de tentatives de suicide peu conscientes. La famille ne put plus le contenir, il se sauva et fut arrêté. Revenu chez lui il brisa tout. On fit des démarches pour le faire interner. A l'infirmerie spéciale il eut un délire très violent : il aurait tenté de s'étrangler.

Il fut interné à l'asile Sainte-Anne, où il resta six mois dans le service de M. Vallon.

Il y fut très agité. La mère désira le reprendre alors qu'il n'était pas complètement amélioré ; M. Vallon n'avait aucune confiance dans sa guérison.

Le malade étant interné fut réformé du service militaire.

Après six mois il sort, ne trouve pas de travail. La famille étant dans la misère, on le fait interner de nouveau. Le médecin qui le soigna émit un pronostic moins sombre. Il en sortit au bout de six mois parce qu'il se tuberculisait. Il paraissait aller mieux mentalement.

En 1906, il resta six mois à Boussicaud chez le D^r Letulle pour tuberculose pulmonaire.

En sortant, il trouva du travail comme marqueur aux courses.

La mort de son père l'affecta. Il resta cependant exigeant et d'un caractère difficile.

La mémoire n'était pas mauvaise.

Le malade n'a jamais eu d'amis. Il a le désir de se marier.

Au point de vue génital, au mois d'octobre dernier, le malade avait pour la première fois des rapports avec une femme. Il a d'ailleurs été impuissant. S'il n'en avait pas vu auparavant c'est qu'il ne « savait pas comment s'y prendre ».

Sa mère l'a conduit dans le service dans l'espoir d'améliorer son état mental.

Entrée le 2 janvier 1909 ; il est d'abord assez calme, il se dispute bientôt avec ses voisins de lit, salle Saint-Thomas, devient agité et les menace de son couteau. On le passe alors aux délirants, où très agité pendant deux mois seulement il reprend le calme, mais il parle peu avec les voisins, rit parfois et parle seul.

19 janvier 1909. — *La glycosurie alimentaire est négative.*

28 janvier. — *La glycosurie alimentaire est de nouveau négative.*

OBSERVATION XXIII

Délire de persécution chez un débile (1)

M. Ch... Adolphe, receveur des postes, trente et un ans.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé, vivait avec son frère qui ne présente aucune tare nerveuse.

Antécédents personnels. — Pleurésie à dix-neuf ans ; congestion du sommet droit ; fistule à l'anus guérie par opération.

A fait son service militaire, puis réformé pour palpitations.

A vingt ans il se marie. Deux enfants bien portants.

Le début de la maladie actuelle remonte à 1904. Ch. était alors receveur des postes dans le Sud Algérien, et c'est à la suite d'un accès de fièvre paludéenne que les troubles se manifestèrent.

Ch... fut toujours sombre, défiant, taciturne. A été jaloux des autres employés des postes. Jaloux de sa femme ; celle-ci raconte que quinze jours avant un de ses accouchements son mari, dans un violent accès de jalousie, l'avait poursuivie, l'obligeant à sauter par une fenêtre pour éviter un coup de fusil.

Un jour le malade trouve une lettre qu'il interprète comme une preuve de mauvaise conduite de sa femme. Il entre alors dans un violent accès d'excitation, croyant voir partout des

1. Ce malade a été présenté à la Société de Psychiatrie par MM. Boudon et Glénard.

amants de sa femme sur les toits, aux fenêtres de sa maison.

On le conduit à l'hôpital où, au bout de quelques jours de repos, le délire cesse pour réapparaître quand le malade reprend son existence ordinaire. Depuis cette époque le délire persiste avec de très courtes périodes de rémission.

Les idées de persécution ont le caractère d'hallucinations et d'interprétations délirantes.

Au plus fort de ses troubles, le malade entend des voix. La nuit c'est sa femme qui cause avec des inconnus. Le jour c'est dans la pièce à côté, sa belle-sœur l'accusant d'être fou ; ce sont ses supérieurs qui prétendent « qu'il est fou, qu'il est tombé bien bas, qu'il est hystérique, syphilitique, hermaprodite, qu'il a toutes sortes de maladies ».

Il ne peut plus travailler, car il entend des voix. A l'hôpital il entend la surveillante se plaindre de lui et menacer d'aller signaler sa conduite au directeur.

Dès le début du délire, des hallucinations de la vue ont apparu (fantômes, hommes sur les toits).

Enfin, quelques hallucinations du goût et de l'odorat.

Les interprétations délirantes prédominent à l'heure actuelle.

La première idée délirante fut l'interprétation erronée d'une lettre. La femme du malade dit que son mari l'accusa plusieurs fois de vouloir l'empoisonner. Elle ne pouvait lui donner de la quinine sans qu'il crût à une tentative d'empoisonnement.

Dans la rue il croit qu'on le regarde, qu'on se moque de lui. La police le surveille. Le malade prend pour lui ce que disent les journaux.

Enfin, le malade qui a fait autrefois de l'hypnotisme sent

parfois qu'on l'influence. Dans ses premiers examens, il ne voulait rien répondre parce que, disait-il, on cherchait à l'influencer. Il croyait, à une certaine époque que sa femme avait des relations avec la magie noire et qu'ainsi elle devinait ses pensées.

Ce qui caractérise ces idées délirantes c'est leur variabilité d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre même, caractère qui se retrouve dès le début des accidents.

Sur le moment même, il croit vraiment à ses hallucinations ou à la réalité des gestes qu'il interprète comme lui étant défavorables. Puis, au bout de deux ou trois jours, même de quelques heures, il arrive à cette conviction qu'il s'est trompé, qu'il a été le jouet d'une hallucination. Et cependant sa conviction était d'abord profonde.

Après un premier séjour à l'Hôtel-Dieu en mars 1908, il part de Paris et s'embarque pour le Canada, il était à peine dans le train qui l'emmenait au Havre qu'il se rendait compte de la fausseté de ses croyances. Il partit cependant pour le Canada, mais par amour-propre.

Pendant son séjour à l'hôpital, il a été atteint en octobre d'une typhoïde à allure grave. Pendant toute la durée d'une première atteinte, il ne présenta aucun phénomène délirant, ceux-ci réapparurent au cours d'une rechute.

Il s'agit d'un cas de délire de persécution oscillant bien différent des délires des persécutés réticents ; ce n'est pas un délire de persécution à évolution systématique.

Ce n'est pas une psychose intermittente, ce n'est pas une démence précoce dans sa forme paranoïde.

Il s'agit d'une poussée d'idées de persécution chez un débile. En effet, le malade est un débile : léger strabisme,

voûte palatine étroite, oreilles volumineuses, déformées, tous jours jaloux, défiant.

Au point de vue du pronostic, M. le professeur Gilbert-Ballet, tout en n'admettant pas la gravité qui caractérise les délires systématisés, pense qu'il est sérieux. Si ces délires n'ont pas une évolution progressive, ils n'en auront pas moins, une marche continue, mais lente, entrecoupée, il est vrai, de courtes périodes de rémission.

La glycosurie alimentaire a été négative le 20 janvier 1909.

OBSERVATION XXIV (Personnelle et inédite)

Bouffée délirante chez un débile.

Fr.-Joseph C..., vingt-huit ans, cultivateur.

Admis d'office à l'asile Sainte-Anne.

Le certificat d'entrée porte :

15 décembre 1910. — Débilité mentale avec idées délirantes mystiques et de grandeur. Agitation par intervalles. Hallucinations. Trouvé à 3 h. 1/2 du matin, se reposant sur la voie publique et tenant des propos incohérents. Il va épouser Marie-Madeleine qui est très riche. Il a été inspiré par Dieu. Il ne connaît pas le père de sa future qui est actrice au Châtelet, etc. Déjà traité dans un asile d'Orléans.

16 décembre. — Le certificat immédiat est ainsi conçu : Est atteint de débilité mentale avec hallucinations ; idées mystiques et ambitieuses.

Voici les renseignements fournis par la mère du malade.

17 décembre 1910. — Le malade a quitté la campagne où il habite, il y a quinze jours.

Il a été interné à Orléans il y a deux ans environ. C'est sa femme qui l'avait fait interner « parce qu'il était excité ». Il disait qu'il était le bon Dieu, qu'il était tout-puissant.

Il est allé à l'école jusqu'à l'âge de douze ans. A cet âge on l'a mis à travailler dans les fermes. On a toujours été content de lui.

Il s'est marié en 1906, au mois de mai. Il a deux enfants qui paraissent intelligents. Sa femme dit qu'elle n'a jamais eu à se plaindre de lui.

Le père du malade est mort d'une pleurésie purulente, peut-être tuberculeuse.

La mère du malade a toujours été bien portante.

Le malade est né à terme.

C'est sa mère qui a demandé sa sortie de l'Asile d'Orléans où il est resté près d'un an : le médecin disait qu'il n'était pas encore guéri. Mais sa mère l'a fait sortir parce qu'il s'ennuyait.

Le malade a quitté sa femme, qui habite le Loiret, sans rien dire. Il avait vendu son blé et pouvait avoir sur lui 300 à 400 francs. Depuis longtemps déjà il disait à sa femme qu'il lui fallait partir pour Paris « afin d'aller y voir son père qui est un milliardaire ». Cependant il sait très bien que son père est mort il y a sept ans.

Le malade est à Paris depuis quinze jours. Il est venu précisément pour y chercher son père qui est « puissamment riche et qui est à l'Opéra ». Ses autres parents sont à la campagne, ils ne l'intéressent pas. Son vrai père « est toujours à l'Opéra ». « Je t'ai vu à Vendôme avec M. X... Je l'ai

reconnu à sa figure. Il est physicien : d'une colombe il en a fait deux. Au moment où il remettait les colombes dans le panier, j'ai vu à sa figure que c'était mon père. Il était déjà mort il y a six ans, j'ai compris qu'il était ressuscité. Avant qu'il fût mort il s'appelait Luc... Vict... Char... Avant de mourir il avait des moustaches blondes, maintenant il a des moustaches noires ; il a rajeuni. Une fois ressuscité il s'est marié avec une milliardaire qui s'appelle Marie-Louise Duplessis. Je l'ai vue une fois que je faisais du mortier à Asnières : c'est une grande bonne femme. Elle était venue dans un landau. Je dois épouser Marie-Madeleine qui est milliardaire et qui joue au Châtelet. On m'a volé mon portemonnaie : c'est pour cela qu'on m'a trouvé dans la rue. Les agents m'ont conduit à la Préfecture de police. Je voudrais m'en aller, mais je n'ai pas d'argent, mais dès que je serai sorti d'ici je serai milliardaire parce que j'épouserai Marie-Madeleine. »

Il n'a jamais été buveur et ne présente aucun signe d'alcoolisme. Pas de cauchemars, pas de tremblement. Dort bien la nuit.

L'examen somatique ne présente rien de particulier : les pupilles réagissent bien, les réflexes sont normaux, etc.

Pas de désorientation ni dans le temps ni dans l'espace. Il se souvient assez bien de différentes choses, compte relativement bien.

24 décembre. — *La glycosurie alimentaire est négative.*

OBSERVATION XXV (Personnelle et inédite)

Délire de persécution

M^{me} Joséphine J..., cinquante ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort à soixante-huit ans. Mère morte d'hydropisie à cinquante-huit ans.

Antécédents collatéraux. — La malade est la plus jeune de huit enfants, cinq sont morts en bas âge, un frère mort à soixante-trois ans, une sœur morte à vingt-quatre ans, une sœur bien portante âgée de soixante-quatre ans.

Antécédents personnels. — Ne donne aucun détail intéressant sur son enfance. S'est mariée à vingt-deux ans, n'a pas eu d'enfant, une fausse couche de trois mois à vingt-trois ans.

Est partie au Brésil en 1887. Y est restée jusqu'à la mort de son mari en 1904. Le climat chaud de ces régions, les variations brusques de température ne convenaient pas, dit-elle, à son tempérament. Elle était dans un état d'excitation génitale continu, mais n'éprouvait que du dégoût pour les relations conjugales dont elle s'abstint depuis cette époque : ce serait là, dit-elle, l'origine de ses malheurs.

A partir de ce moment apparaissent quelques troubles mentaux : la malade soulève les gens auxquels elle parle par la fixité de son regard : elle juge ses interlocuteurs du premier coup d'œil, mais ressent en présence des gens intelligents des douleurs dans la poitrine ; elle va à la campagne pour ne plus se trouver qu'au milieu d'ignorants. Pendant plusieurs

mois elle y souffrit d'une céphalée violente et avait des vomissements fréquents.

En 1904, elle revient en France. Elle se porte alors beaucoup mieux et elle qui avait été maigre jusque-là prend beaucoup d'embonpoint. Elle aurait vécu pendant deux ans d'une vie normale dans un village de la Franche-Comté.

Elle se disposait à revenir à Buenos-Ayres lorsque, en avril 1906, elle prit part à une retraite religieuse. Elle voit, étant dans l'église, un prêtre passer auprès d'elle, la fixer d'un regard pénétrant, entrer dans un confessionnal. Elle sent alors une force à laquelle elle ne peut résister la pousser dans le confessionnal.

Durant huit jours, ce prêtre la fixa d'une façon constante pendant les sermons : elle s'en trouvait gênée. Mais la nouvelle du départ du prêtre fut pour elle une douleur immense. Elle lui écrivit et la réponse du prêtre mit, dit-elle, le comble à une exaltation sexuelle jusqu'alors inconnue : elle reconnut qu'elle en était éperdument amoureuse.

Pendant deux mois elle lui envoya des monceaux de lettres, puis fit serment de l'oublier.

Mais, au bout de peu de temps, allant chez un missionnaire pour lui parler d'une de ses nièces, elle éprouve pour celui-ci les mêmes sentiments que pour le premier et ressent les mêmes troubles physiques. Son regard lui brûle les yeux et la poitrine. Elle sent son corps projeté contre le prêtre. Elle le recherche dans tous les endroits où elle pense le rencontrer. Elle a des désirs vénériens continuels et se livre parfois à l'onanisme.

Un jour elle eut une hallucination génitale. Au cours d'une

procession elle eut la sensation que le prêtre qu'elle apercevait plus loin la possédait, il lui fut impossible de faire un pas pendant quelques minutes.

Le prêtre étant parti dans un village voisin elle va s'y installer : mais bientôt elle ressent des douleurs si intolérables en sa présence qu'elle se résout à ne plus pénétrer dans son église. Elle voit tous les gens du pays la regarder fixement, tous les prêtres font de même. Et s'ils se conduisent ainsi, c'est parce que le prêtre « le grand chef » comme elle l'appelle, leur a dit de la regarder de cette façon : on la prend pour une voyante.

En mai 1908 elle va habiter dans un autre village. Là les gens la regardent aussi fixement, ils la photographient presque à chacune de ses sorties. Quand elle rentre chez elle, elle s'aperçoit presque toujours qu'on a fouillé dans sa correspondance, elle sait que c'est le curé dont elle est amoureuse qui lui fait prendre ses lettres. Elle arrive enfin à savoir que c'est une de ses voisines qui pénètre chez elle avec une fausse clé, lui prend sa correspondance, et va la faire copier pour l'envoyer au grand curé.

Elle a souffert de douleurs très vives dans l'estomac pendant quelque temps. Il lui a suffi d'en parler à une personne qui connaissait le grand curé pour voir tous ces troubles cesser aussitôt.

Le grand curé est, dit-elle, un écrivain de talent qui fait beaucoup de livres, qui écrit dans beaucoup de journaux et tous ses articles il les fait au sujet d'elle-même. Tantôt ce sont des histoires d'amour où elle se reconnaît et reconnaît facilement le prêtre. Il fait mettre dans les journaux des

photographies : avec sa perspicacité elle y voit les traits du grand curé.

Aussi elle fait son possible pour ne pas lire les journaux, cette lecture où elle voit les écrits du grand curé excite trop ses sens et elle est désolée de voir qu'on la persécute partout où elle se trouve.

Il y a un mois alors , qu'elle était assise dans les prés, elle sentit après le passage d'un homme auprès d'elle des douleurs dans la matrice et le soirelle voyait sur sa chemise une tache de sang représentant « un enfant emplumé avec des pattes de canard ».

Jamais la malade n'a eu d'hallucinations visuelles ni auditives. Mais elle a des hallucinations de la sensibilité générale. Le grand curé lui envoie des piqûres, des brûlures même à distance. Elle vient à l'hôpital pour une céphalée surtout frontale, due à ce que tous les gens la regardent fixement. Elle voudrait également guérir de son excitation génitale constante.

Depuis l'entrée à l'hôpital la céphalée a disparu.

La malade est très loquace. Elle ne se plaint guère des persécutions auxquelles elle est en butte, cela l'ennuie un peu cependant. Mais elle sait très bien qu'on ne les lui fait pas subir dans une mauvaise intention.

La malade a vu à l'hôpital, sur un journal, une photographie du cardinal Merry del Val : en réalité il s'agit du grand curé qu'elle reconnaît très bien,

Elle montre pendant qu'on l'interroge un journal illustré ; une image représente un lion, ce lion c'est le grand curé qui l'a fait imprimer pour lui rappeler qu'elle l'a unjour traité de lion et de tigre.

18 novembre 1908. — *La glycosurie alimentaire a été négative.*

La malade sort le 16 décembre 1908 sans amélioration très sensible.

OBSERVATION XXVI (Personnelle et inédite)

Délire de persécution

M^{me} Céline G..., cuisinière, quarante-huit ans.

Voici les renseignements fournis par le frère de la malade:

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire à quatre-vingt quatre ans. Mère âgée de soixante-treize ans, a des idées hypochondriaques depuis de longues années. Elle croit souvent que les gens qui la connaissent lui en veulent.

Antécédents collatéraux. — La malade a eu deux sœurs mortes en bas âge; elle a deux frères et deux sœurs bien portants.

En 1892 elle a perdu un enfant âgé de trois ans du croup. Elle allait chez ses parents à peu près tous les mois; il y a trois semaines seulement qu'on avait remarqué chez elle un état d'excitation anormale: elle était particulièrement loquace.

Mais depuis très longtemps déjà, sans qu'on ait put préciser la date, elle disait que les autres domestiques étaient jaloux d'elle et qu'on cherchait à lui faire perdre la place.

Voici maintenant les renseignements donnés par sa patronne :

Elle connaît la malade depuis dix-huit ans; elle l'a prise à

son service quelque temps après la mort de son mari. Elle l'a toujours considérée comme une domestique modèle, zélée, très ordonnée, extrêmement sobre. Elle s'entendait très bien avec les autres domestiques : la femme de chambre est depuis seize ans dans la maison. Aucun des domestiques n'aurait trouvé des modifications dans son caractère jusqu'au 15 novembre ; elle était restée en Suisse pendant l'été ; elle se plaignait de maux de têtes fréquents.

15 novembre. — Elle dit qu'on a frappé à sa porte la nuit ; une cuisinière lui veut du mal, d'autres personnes aussi qu'elle ne nomme pas. On la met dans une autre chambre : elle entend frapper aux murs. Elle a très peu mangé depuis cette date. Elle ne peut plus travailler depuis ces jours derniers.

La malade dit qu'on a voulu la faire passer pour folle il y a un an. Elle venait d'apprendre la mort d'une nièce de sa maîtresse et elle se lamentait car, dit-elle, elle l'aimait beaucoup. Tous les gens de la maison auraient cru à ce moment qu'elle était devenue folle.

En septembre dernier elle a été prévenue par une personne qu'elle ne peut pas nommer, dit-elle, qu'on ne tarderait pas à lui faire des misères. Et ces misères ont commencé le 15 novembre. Elle était montée dans sa chambre, au moment de se coucher, elle a entendu une des cuisinières de la maison dire à d'autres quelle était folle : « Tu sais elle est folle ; comment, tu n'as pas vu, pourtant dès qu'on lui parle cela se voit tout de suite. » Elle a entendu cela très distinctement. Le lendemain en rentrant du marché, elle a entendu le concierge dire, alors qu'elle était déjà passée ; « Tiens, en effet, on voit bien qu'elle est folle. » Et depuis ce jour-là les cuisinières de la maison passent presque tout leur

temps sur le palier de l'escalier à répéter qu'elle a perdu la raison, qu'il faut se méfier d'elle. Un jour elle a entendu très distinctement dire : « Méfiez-vous d'elle, avec les fous on ne sait jamais ce qui peut arriver ; un coup de couteau est bien vite donné. » Parfois elle entend des personnes prendre sa défense, mais la cuisinière arrive à les convaincre, elle veut absolument lui faire perdre sa place. Il semble qu'il s'agit chez elle plutôt d'hallucinations que d'interprétations délirantes. Jamais on ne lui a dit en face ce que l'on dit derrière elle. Jamais elle n'a ressenti de douleurs d'aucune sorte qu'elle puisse attribuer aux gens qui lui en veulent.

Depuis qu'elle est à l'hôpital la malade n'a pas été persécutée, il y a cependant toujours un fond de persécution chez elle.

L'examen somatique ne révèle absolument rien de particulier. Elle entend très bien des deux oreilles. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. *La glycosurie alimentaire faite le 12 décembre a été négative.*

OBSERVATION XXVII (Personnelle et inédite)

Démence précoce

M^{lle} C... Charlotte, vingt-deux ans, entre à l'hôpital le 23 janvier 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère, cinquante cinq ans, très nerveuse, père bien portant.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à quinze ans.

Jeune, elle était normale, intelligente même, travaillait

bien, était des premières en classe, a son certificat d'études, voulait être institutrice; son caractère était bon; était très affectueuse.

C'est une fille naturelle, elle a eu ainsi que sa mère de gros ennuis avec son père et la femme de celui-ci. Le père ayant refusé de la reconnaître, a brusquement cessé de leur payer la pension qu'il leur avait toujours faite: d'où disputes et échanges de coups qui semblent avoir été particulièrement violents au mois d'octobre: il y a eu en effet des suites judiciaires. Peu après, la mère et la fille, entrent à Beaujon, où elles restent un mois, la mère pour lithiasé biliaire, la fille pour fatigue (?)

Mais déjà avant ces faits, la mère avait remarqué que le caractère de sa fille changeait et elle l'attribuait à ces soucis. Elle devenait triste, colère, pleurait souvent, faisait mal son travail, devenait moins affectueuse; elle avait des troubles de l'attention, s'interrompait dans ce qu'elle faisait.

C'est pendant son séjour au Vésinet qu'il a suivi son hospitalisation que ces troubles se sont le plus accentués.

Elle est devenue indifférente à tout, aux choses et aux gens, envers sa mère, elle lui a dit: tu n'es plus ma mère.

Elle était incapable de tout travail. Elle restait immobile chez elle pendant des heures, refusait de parler ou de travailler: il semble qu'elle ait présenté des phénomènes catatoniques.

Elle avait fréquemment des crises de rires ou de larmes sans raisons. Ses crises de larmes s'accompagnaient de cris et de manifestations bruyantes.

Elle serait restée sans se nourrir, ne mangeant que lorsque sa mère le lui disait. Insomnies.

Elle a quelques idées délirantes : « Regarde mon ventre, il est gros, dit-elle, je dois être enceinte. » Mais ces idées ne persistent pas.

Il ne semble pas qu'elle ait jamais eu de mouvements impulsifs.

Souvent elle se mettait devant une glace, se regardait, puis brusquement souriait et prenait des attitudes bizarres.

27 janvier 1909. — La malade se présente comme une démente, riant sans raison, répondant mal, incapable de suivre une idée.

Elle reste toute la journée couchée, sans rien dire ; pas d'impulsions ; pas de gestes maniérés.

Elle est complètement désorientée dans le temps, un peu dans l'espace. Affaiblissement marqué de l'intelligence. Compte très mal ($9 + 9 = 98$; $7 \times 7 = 36$; $3 \times 3 = 17$; etc...).

29 janvier 1909. — *La glycosurie alimentaire est négative*

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Pour essayer d'interpréter et d'expliquer la présence de sucre dans les urines après l'épreuve de la glycosurie alimentaire, et de déterminer, s'il y a lieu, un rapport entre son existence ou son absence et le délire, il faut se demander pourquoi cette glycosurie existe, à quoi elle peut être due, et quelles sont les conditions dans lesquelles on peut l'observer.

Normalement, le foie retient et transforme en glycogène le sucre ingéré jusqu'à concurrence d'une certaine dose au delà de laquelle son pouvoir de rétention et de transformation est dépassé. Il en résulte une hyperglycémie qui, parvenue elle-même à un certain degré, donne lieu à la glycosurie.

Sa « limite d'assimilation » chez l'homme sain oscille, pour Hofmeister entre 100 et 250 grammes et même davantage. Et, bien qu'il y ait un « coefficient d'utilisation individuel » comme le font remarquer Linossier et Roque, coefficient dont la limite d'assimilation de Hofmeister n'est en réalité que la démonstration, on peut admettre que chez l'homme normal l'ingestion de 150 grammes de glucose (dose

que nous avons employée) n'est jamais suivie de glycosurie. En effet, à l'état de santé, le coefficient d'utilisation individuel ne s'est jamais abaissé, dans les expériences de ces auteurs, au-dessous de 97 o/o.

La valeur de la glycosurie alimentaire, quand elle est positive, est donc nettement pathologique.

Il y a cependant une glycosurie physiologique, normale, tout comme il y a une glycémie normale. C'est Brucke qui, le premier, en a démontré l'existence. Depuis les recherches de Bence Jones, Iwanoff, Pavy, Abelous, Worm-Müller, A. Gautier, etc., la présence de glucose dans l'urine normale ne peut plus être contestée. Le filtre rénal n'est donc pas une barrière infranchissable, à l'état normal, pour le sucre contenu dans le sang.

Cette glycosurie est de 0 gr. 20 d'après Quinquaud, conditions dans lesquelles la liqueur de Fehling n'est pas réduite.

Quant à la glycosurie pathologique, ses causes sont très diverses.

Elle s'observe, en particulier, parallèlement à des perturbations glandulaires, surtout celles du foie, du pancréas, du corps thyroïde, des capsules surrénales, etc.

Foie. — On la rencontre fréquemment au cours de troubles dans la fonction glycogénique du foie.

Celle-ci peut pécher soit par défaut, soit par excès.

Elle est troublée par défaut et devient insuffisante

quand la cellule hépatique, par suite de ses lésions, se trouve incapable de fixer, de retenir le sucre et de le transformer en glycogène ; le foie est au-dessous de sa tâche : le sucre s'accumule alors dans le sang et passe ensuite dans l'urine.

La fonction glycogénique du foie peut être exagérée quand une excitation, due soit à un simple trouble circulatoire d'origine mécanique, soit à une intoxication, soit encore à un trouble nerveux, détermine son hyperfonctionnement.

D'ailleurs le foie n'est pas seulement un organe d'arrêt pour le sucre, il en est en même temps un producteur, de sorte que la glycosurie peut représenter aussi bien un signe d'excès de fonctionnement que d'insuffisance.

On a considéré précisément la glycosurie alimentaire comme ayant une valeur clinique pour caractériser un trouble dans les fonctions hépatiques, plus spécialement pour dépister son insuffisance.

On l'a jugée capable de déceler les formes les plus légères de l'insuffisance hépatique et même d'en mesurer les degrés.

« Pour juger de la fonction glycogénique, on fera, dit Chauffard, l'épreuve de la glycosurie alimentaire..., plus la lésion hépatique sera profonde, plus la réduction de la liqueur cupro-potassique sera rapide et complète... »

Cette question de la glycosurie alimentaire, comme signe d'insuffisance hépatique a été longuement discutée au Congrès de Toulouse en 1902.

Et tandis que les uns avec Couturier, Lépine, Robineau, Tschérinow, Murchison, Bouchard, Roger, Hanot, Chauffard, Surmont, Cassaët et Mongour, Baylac, la considèrent comme un bon signe d'altération fonctionnelle de la cellule hépatique, d'autres dévient à ce phénomène toute valeur en sémiologie hépatique. Parmi ces derniers, citons en Allemagne: Von Noorden, Kraus et Ludwig, Bloch et Straus.

Sans prétendre comme Linossier et Roque que cette épreuve ne peut être considérée « ni comme un symptôme d'obstruction de la veine porte, ni comme l'indice d'une atteinte quelconque du foie », on ne peut pourtant pas affirmer avec Gilbert et Carnot, et Baylac « qu'elle donne *une appréciation exacte et très sensible* de ce qui se passe au niveau du foie, car la moindre altération dynamique ou anatomique de cet organe a son retentissement sur le passage du sucre. »

Il faut avoir soin, pour pouvoir être aussi catégorique, d'éviter tout d'abord certaines causes d'erreur sur lesquelles Achard, Castaigne et P. E. Weil ont depuis plusieurs années attiré l'attention.

Trois facteurs interviendraient principalement pour fausser les résultats: un vice d'absorption de la muqueuse digestive, des troubles de la perméabilité rénale et un état spécial des tissus que l'on désigne sous le nom d'insuffisance glycolytique. Or, ce trouble nutritif, souvent associé à l'insuffisance glycolytique du foie, se rencontre dans de nombreuses circonstances: cachexie tubercu-

leuse, diabète latent, arthritisme, obèses, maladies aiguës.

Si on ajoute à cela que les altérations du sang et des globules rouges, altérations qui coexistent parfois avec des troubles hépatiques et nerveux, peuvent, en s'opposant à la combustion du sucre produire des troubles dans son utilisation, on voit qu'il est difficile d'écarter d'une façon certaine toutes ces causes d'erreurs.

Cependant, dans les travaux de Klippel, de Baylac, de Maury, de Vigouroux et Juquelier, de Guichard, et dans quelques-unes de nos observations, on constate chez des malades une évolution parallèle entre la glycosurie alimentaire et certains troubles psychiques d'origine alcoolique reconnaissant pour cause une lésion hépatique ancienne ou récente, permanente ou transitoire. On est donc autorisé à conclure à un rapport certain entre les deux phénomènes.

Mais, comme nous allons le voir, d'autres éléments peuvent influencer sur la régulation sucrée qui n'est sans doute pas qu'en rapport avec l'insuffisance hépatique et, en particulier, un facteur pancréatique est très probable.

Pancréas. — En effet, la glycosurie est parfois liée à des troubles dans les fonctions du pancréas, comme l'ont établi les travaux de Von Mering et Minkowski, de Lancereaux et Thiroloix.

Il ne s'agit pas du diabète dit pancréatique, mais

de la glycosurie passagère, légère qui survient dans les affections du pancréas. Charrin et Carnot l'ont observée dans les affections pancréatiques expérimentales, et d'autres auteurs la signalent dans le cancer du pancréas.

Lépine a donné des glycosuries d'origine pancréatique, une explication qui, basée sur un grand nombre de travaux, a été combattue par Rémond, Marinesco, Chaput et Arthus qui ont pu produire la sclérose du pancréas sans déterminer de glycosurie.

Pour Lépine, la glycosurie serait due, dans ce cas, à des troubles de la sécrétion interne du pancréas. Cette sécrétion interne engendre et projette dans le sang une substance douée d'une influence toute spéciale sur le glycogène. C'est le ferment glycolytique destiné à veiller à la consommation et à la destruction normale du sucre.

Chauveau et Kaufmann combattent aussi cette manière de voir.

Des autopsies faites à ce sujet chez des malades ayant présenté de la glycosurie, il résulte que souvent il existe des lésions profondes du pancréas. D'autres fois on n'est en droit d'attribuer au pancréas qu'un rôle probable dans la production de la glycosurie. Enfin, on ne rencontre dans d'autres cas aucune lésion de cet organe et l'action qu'on lui prête alors dans la genèse de la glycosurie n'est qu'une hypothèse : il s'agirait de simples troubles fonctionnels, souvent sous la dépendance du système nerveux, troubles qui auraient pour corollaire des perturbations dans

les fonctions de sécrétion interne de la glande : il en résulterait de la glycosurie.

Corps thyroïde. — Le corps thyroïde exerce une influence non moins manifeste sur la régulation sucrée.

C'est dans la maladie de Basedow qu'elle a surtout été étudiée. Cette glycosurie spontanée qui n'est cependant pas un des symptômes constants du goître exophtalmique a été retrouvée, surtout dans les formes graves de cette affection, par de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons : Chvostek, Kraus, Ludwig, Hartmann, Ballet, Mannheim, Grube, etc.

Elle ouvre parfois la scène et la maladie de Basedow n'apparaît dans ce cas que consécutivement.

D'autres fois, au contraire, la maladie de Basedow a débuté et a existé pendant un temps plus ou moins long, sans glycosurie. On sait aussi que, quand on la rencontre, cette glycosurie se présente sous deux formes bien différentes : tantôt elle est très faible et la quantité du sucre retrouvée ne dépasse guère 2 à 5 grammes, elle est intermittente et capricieuse, apparaissant ou disparaissant sans cause appréciable ; ce sont les cas de Ballet, Chvostek et Ludwig ; tantôt, au contraire, il s'agit d'une glycosurie permanente et massive.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été entreprise maintes fois dans les cas de goître exophtal-

mique dans lesquels la glycosurie spontanée faisait défaut ; mais les résultats ont été très variables et tandis que Kraus et Chvostek, l'ont trouvée positive, Straus l'a trouvée négative dans 16 cas sur 19.

D'une façon générale, des faits que l'on possède actuellement sur le rapport entre certaines glycosuries et les lésions du corps thyroïde, il résulte que dans la maladie de Basedow la tolérance pour le sucre est diminuée.

Différents auteurs, et en particulier Hirschl et Knoepfelmacher soutiennent que dans le myxœdème, il y a élévation de la limite d'assimilation du glucose, en opposition avec l'abaissement de cette limite dans le goître exophtalmique.

Garnier et Lebret ont publié à ce sujet une observation très intéressante dans laquelle ils ont montré que les troubles profonds provoqués dans l'économie par la diminution ou la suppression de la sécrétion thyroïdienne retentissent sur tous les organes. Il s'agit d'un myxœdémateux auquel entre autres épreuves, Garnier et Lebret ont fait subir celle de glycosurie alimentaire. Celle-ci était positive avec 125 grammes de sirop de sucre. Après vingt-sept jours de traitement thyroïdien, on n'obtenait plus aucun précipité avec la liqueur de Fehling. Cette expérience de Garnier n'est d'ailleurs pas en contradiction, comme il le fait justement remarquer, avec celles des auteurs allemands, car ceux-ci ont employé le glucose dans leurs essais.

Mais Parisot prétend dans un article tout récent,

que dans les cas de myxoedème la limite d'assimilation pour le sucre est très diminuée et que l'on obtient facilement la glycosurie chez ces malades. Il cite 4 cas d'insuffisance thyroïdienne dans lesquels « l'épreuve de la glycosurie alimentaire fut positive après absorption de doses très minimales de sucre (glucose) ; la capacité de ces malades pour le glucose augmenta notablement et redevint normale sous l'influence du traitement thyroïdien ».

Or, nous avons pu observer tout dernièrement, avec notre maître M. Laignel-Lavastine, dans le service de M. le professeur Gilbert-Ballet, à Sainte-Anne, un myxoedémateux âgé de quatorze ans à qui nous avons fait prendre 75 grammes de glucose et chez lequel la glycosurie a été négative.

Signalons encore les expériences de Falkenberg, qui voyait apparaître le sucre dans les urines de chiens auxquels il enlevait la thyroïde. Mais Van der Eecke a constaté des altérations des cellules hépatiques après la thyroïdectomie, de sorte qu'il n'est pas aisé de faire la part qui revient aux troubles dus directement au corps thyroïde de ceux qui résultent d'une action indirecte sur le foie.

Tous ces faits montrent en tout cas, que dans certains cas d'insuffisance thyroïdienne, l'utilisation de la matière sucrée, la régulation de la glycémie ne se font pas normalement.

Capsules surrénales. — Les extraits de capsules

surrénales et l'adrénaline en injections intra-veineuses (Bouchard et Claude) ou sous-cutanées déterminent chez l'animal une hyperglycémie et une glycosurie intenses (3,65 o/o de glucose urinaire d'après Blum), tandis que l'administration par la voie stomacale est presque sans effet au point de vue de la glycosurie.

Selon Herter et Wackemann l'adrénaline mettrait obstacle à la glycolyse et principalement à la combustion du sucre dans le sang ; elle agirait à la façon d'un corps réducteur : l'adrénaline oxydée ne produit aucune glycosurie.

Lépine a récemment encore insisté sur la glycosurie d'origine surrénalienne.

Josué a montré que la glycosurie s'observe avec une relative fréquence chez les artério-scléreux. Elle se présente chez eux, le plus souvent sous forme de glycosurie passagère transitoire plus ou moins abondante. Gilbert et E. Weil ont signalé qu'elle prend aussi quelquefois le type de glycosurie alimentaire par hypohépatie.

On conçoit, par ce qui précède, que des troubles dans les fonctions normales des capsules surrénales puissent provoquer dans l'organisme des variations dans la régulation sucrée.

Infections. — La glycosurie alimentaire a fait aussi l'objet d'expériences nombreuses dans les maladies aiguës. Cassaët la signale dans deux cas d'embarras

gastrique fébrile. Peu de temps après Cassaët et Mongour publient des cas de glycosurie alimentaire observés dans plusieurs maladies aiguës. Poll la trouve chez les fébricitants. Campagnolle a trouvé aussi chez les fébricitants cet abaissement constant du coefficient d'assimilation. Castaigne l'a obtenue dans les ictères infectieux.

La glycosurie alimentaire est donc un symptôme de presque tous les états infectieux aigus.

Intoxications. — Les intoxications, qu'elles viennent du dehors, ou bien qu'ils s'agisse d'auto-intoxication, jouent un rôle extrêmement important dans l'étiologie de la glycosurie alimentaire. Les auteurs paraissent mieux d'accord sur ce point que sur les autres.

On a vu la glycosurie positive chez les intoxiqués par l'oxyde de carbone ou par la nitro-benzine (Strasser), par la morphine (Rosenberg et Bloch), par l'alcool (80 o/o des alcooliques). Strauss et Brunelle l'ont constatée chez des saturnins.

Il en est de même des diverses auto-intoxications et en particulier des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale.

Mais, comment agissent ces infections et ces auto-intoxications pour amener la glycosurie alimentaire ?

C'est sans doute soit en entravant l'action glycolytique au sein des tissus, soit en déterminant des perturbations dans les fonctions glandulaires et par-

ticulièrement dans le foie, comme cela est démontré pour beaucoup de cas que, dans ces conditions, la régulation et l'utilisation sucrées sont troublées.

On voit par ce résumé que la glycosurie alimentaire n'est pas seulement l'indice d'une insuffisance hépatique et que sa présence indique aussi bien l'existence de troubles dans les fonctions des autres glandes, celles à sécrétion interne de l'organisme. Ces troubles plus ou moins passagers peuvent être sous la dépendance d'intoxications.

On doit se souvenir aussi « que le foie et le rein sont intimement liés par leurs fonctions », et que « le trouble d'un de ces organes peut amener le dérangement de l'autre ».

Il faut donc reconnaître avec Linossier, que « le mécanisme de la glycosurie alimentaire est essentiellement complexe. Si les troubles de la glycogénie hépatique jouent dans sa production un rôle prépondérant qu'on ne peut méconnaître, il faut aussi tenir compte de facteurs multiples : fonction glycolytique et glycofixation des tissus, absorption intestinale, élimination rénale, etc... »

En fait, la glycosurie relève de plusieurs mécanismes et reconnaît plusieurs causes qui interviennent simultanément dans sa production. Celles-ci peuvent d'ailleurs n'être la résultante que d'une seule action : l'intoxication, par exemple.

DÉDUCTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Si maintenant, laissant de côté toute considération sur le mécanisme de la production de la glycosurie alimentaire, nous ne considérons que les observations cliniques, nous voyons que celles-ci se répartissent en deux groupes :

L'un, celui des glycosuries alimentaires positives (obs. I à XXI) ;

L'autre, celui des glycosuries alimentaires négatives (obs. XXII à XXVII).

Le premier de ces groupes est celui qui contient le plus d'observations, parce que nous avons tenu à montrer sa très grande fréquence dans le service des délirants de l'Hôtel-Dieu.

Le second groupe est plus petit, parce qu'il nous a paru inutile d'y faire figurer tous les cas témoins recueillis chez les déments précoces et les paralytiques généraux, par exemple. Nous avons fait souvent cette contre-épreuve qui est restée négative.

Les 21 malades chez lesquels l'épreuve a été positive, comprennent d'abord huit alcooliques présentant de la confusion mentale (obs. I, II, VII), du délire onirique (obs. III et IV), des idées hypocon-

driaques ou de persécution (obs. V et VIII), ou des idées mélancoliques (obs. VI); ensuite huit débiles présentant soit de la confusion mentale (obs. IX), du délire onirique (obs. X et XI) ou des idées mélancoliques, hypocondriaques ou de persécution (obs. XII, XIII, XIV, XV et XVI); un malade présentant du délire hallucinatoire avec confusion mentale (obs. XVII); un autre présentant du délire onirique, de la dépression mélancolique et de la confusion mentale (obs. XVIII); enfin trois mélancoliques récidivantes (obs. XIX, XX et XXI).

Les 6 faits négatifs comprennent les observations de trois débiles (obs. XXII, XXIII et XXIV) dont l'un a des tares physiques de dégénérescence, un autre de constitution paranoïaque des idées de persécution, enfin deux persécutées (obs. XXV et XXVI) et une démente précoce (obs. XXVII).

Ainsi, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, quand elle est positive, s'ajoute aux signes tirés de l'analyse sémiologique psychiatrique pour faire le diagnostic de délire toxique. Cela ne doit d'ailleurs pas nous surprendre. Cette épreuve de la glycosurie alimentaire est, en effet, positive dans les délires alcooliques, délires de rêve, délires oniriques qui ont été si bien étudiés par Régis et par Klippel. Ces faits ont été établis par les travaux de Klippel, de Vigouroux et Juquelier, de Guichard et par certaines de nos observations (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII). Or, tous ces caractères des délires oniriques ne sont pas absolument propres aux délires alcoo-

liques, n'en sont pas pathognomoniques. Klippel, d'une part, a montré que ces délires de rêve n'étaient pas tous dus à l'action directe de l'alcool sur les centres nerveux. Régis, d'autre part, a établi que ces caractères, qui ne sont pas exclusivement réservés aux délires alcooliques constituent le tableau habituel de la plupart des délires dits toxiques, quelle qu'en soit l'origine.

On les retrouve en particulier dans les intoxications gastro-intestinales, dans le délire paludéen, dans les affections rénales (Spigaglia, 1891), dans les fièvres éruptives, dans l'érysipèle (auto-observation de J. Roux en 1897). Tous les délires des infectés, des intoxiqués, des auto-intoxiqués sont des rêves et Régis a eu raison de dire que « l'état de rêve est la caractéristique psychique des délires infectieux et toxiques ».

C'est ainsi qu'il est aisé de retrouver dans nos observations dans lesquelles il n'y a pas trace d'intoxication alcoolique (obs. IX à XVIII) les caractéristiques que tous les auteurs s'accordent à reconnaître aux délires toxiques.

Les malades dont nous rapportons les observations, si différents entre eux, ont cependant ceci de commun, c'est d'avoir présenté de la confusion mentale, des cauchemars, des hallucinations ou de l'agitation motrice, etc...

Il semble, en effet, plus simple de penser que la perturbation nutritive dont la glycosurie est l'expression clinique, est antérieure au délire ou tout au moins

lui est contemporaine, plutôt que d'avoir recours à l'hypothèse inverse d'un trouble cérébral, dont le délire est l'expression psychique, produisant secondairement la glycosurie alimentaire.

Chez les alcooliques l'appoint de cette épreuve est, peut-on dire, superflue, mais elle confirme le diagnostic chez les confus et les oniriques.

D'autre part, dans le diagnostic d'idées mélancoliques, hypocondriaques ou de persécution, elle prend, à notre avis, une certaine importance, quand l'anamnèse, comme il arrive souvent, manque presque complètement.

La constatation de la glycosurie alimentaire chez trois mélancoliques récidivantes pendant leur délire ne permet-elle pas de soutenir qu'il ne s'agit pas, dans ces cas, de psychose périodique, qui est, par définition, une psychose constitutionnelle ?

On ne pourrait par suite pas admettre la théorie unitaire de Kræpelin et peut-être est-il préférable dans ces cas de ne parler seulement que de *récidives* de mélancolie simple, qui rentrent ainsi dans les *syndromes mentaux toxiques*.

Il est possible de faire, il est vrai, de nombreuses objections sur le déterminisme de la glycosurie alimentaire et sur ses rapports avec les délires. Juquelier, dans sa thèse, a d'ailleurs très bien discuté ces objections.

Pour ce qui est plus spécialement des psychoses périodiques, il résulte des recherches récentes de Ehrenberg que la glycosurie alimentaire n'a été

observée par lui dans les psychoses dépressives que chez les sujets âgés (de cinquante-neuf à quatre-vingts ans) ou chez les alcooliques, malades dont le foie pouvait être le siège de grosses altérations de natures diverses.

Remarquons toutefois que dans nos trois observations (obs. XIX, XX et XXI), nos malades, qui ont présenté une glycosurie positive, étaient respectivement âgées de quarante-quatre, quarante-trois et trente-cinq ans et que de plus nous n'avons pu retrouver chez elles aucune trace d'alcoolisme, malgré tous les renseignements dont nous nous sommes entouré.

Nous pensons cependant que nos observations à ce sujet ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de résoudre la question.

Ce qui nous a surtout frappé chez nos malades c'est le parallélisme incontestable qu'il y a entre le passage du sucre dans les urines et l'évolution de leur délire.

Nous ne croyons pas nous trouver ici en présence d'une simple coïncidence, puisque dans nos observations (obs. II, VIII, XIII, XIV, XVI) et en particulier dans celles de Juquelier (obs. VI, VII, X, XVIII) on peut suivre par les variations dans les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire l'amélioration des troubles psychiques présentés par les malades. Il est même des cas (et c'est précisément celui des observations II, VI, VII, VIII, X, XIV, XVI) où ces résultats permettent de construire une véritable

courbe de la glycosurie superposable aux variations du délire : « La disparition du délire est calquée sur celle de la glycosurie. »

Aussi, en général, et dans la pratique, de la constatation de la glycosurie alimentaire chez un délirant croyons-nous pouvoir conclure que son délire est toxique, pour une part tout au moins, le défaut de régulation sucrée indiquant évidemment des troubles humoraux.

Nous avons montré, d'autre part, en résumant la physiologie pathologique de la question, qu'il nous semblait impossible d'admettre les rapports uniques de la glycosurie alimentaire avec l'insuffisance hépatique et par suite des rapports uniques entre les délires et cette insuffisance.

Mais si la constatation de la glycosurie alimentaire chez un délirant nous permet de conclure que son délire est en rapport avec un trouble toxique, l'absence de cette glycosurie, constatée dans les mêmes conditions, a une valeur plus discutable, est d'une interprétation plus délicate, et cela, surtout pour les trois principales raisons suivantes :

1^o Dabord, en effet, l'absorption du sucre ingéré peut être très incomplète, au-dessous du taux nécessaire à la manifestation de la glycosurie. Et même en l'absence de lésions rénales, une glycémie alimentaire transitoire telle que l'ont mis en évidence MM. Gilbert et Baudoin peut être pathologique sans aboutir à la glycosurie.

Il serait intéressant d'étudier comparativement ce

que devient « le coefficient glycémique » et surtout ce qu'il est dans les cas où il a été impossible de trouver ne seraient-ce que des traces de glucose dans les urines. Ce coefficient glycémique qui est à l'état normal de 1,30 et ne dépasse pas 1,35 d'après MM. Gilbert et Baudoin, est nettement augmenté, d'après ces mêmes auteurs, au cours de certaines affections du foie. Il est très vraisemblable que cette recherche permettrait d'établir différentes catégories de malades : chez les uns, il y aurait à la fois délire, hyperglycémie et glycosurie ; chez d'autres, la glycosurie ferait défaut ; enfin, dans un troisième groupe, le délire serait indépendant de tout trouble de la régulation sucrée ;

2° D'autre part, il y a lieu de considérer le degré de perméabilité rénale, l'épreuve de Colrat étant négative toutes les fois que cette perméabilité éprouvée par le bleu de méthylène (Achard et Castaigne) et la phloridzine (Klemperer, Achard et Delamare) est démontrée insuffisante. Si donc dans les cas de glycosurie positive l'examen de la perméabilité rénale est inutile, il n'en est pas de même dans les cas négatifs où cette recherche est indispensable ;

3° Enfin, des psychoses nombreuses, dérivent des mécanismes toxiques autres que ceux que met en évidence la glycosurie alimentaire.

Au point de vue purement pratique, ce diagnostic du caractère toxique du délire entraîne comme corollaire un pronostic relativement bénin de ce

délire, pronostic que nos observations confirment.

Mais lorsque l'épreuve de Colrat-Lépine est négative, il faut être très réservé sur les conclusions qu'on est tenté d'en tirer. On ne sera peut-être en droit d'en déduire un pronostic sévère du délire qu'après avoir très soigneusement éliminé toutes les raisons d'un résultat négatif tenant à des causes que nous avons énumérées plus haut. Chez nos malades (obs. XXII à XXVIII) chez lesquels l'épreuve a été négative nous croyons pouvoir conclure que l'élément toxique est de beaucoup inférieur à l'élément constitutionnel dans la genèse des accidents délirants. Ceci revient à leur présager un avenir plus grave, une durée plus longue du délire, des rechutes fréquentes et faciles que le moindre défaut d'hygiène, que la moindre intoxication suffiront à provoquer.

De cette pathogénie découlent encore des déductions pratiques qui, comme le dit Klippel, ont une importance capitale et immédiate en donnant une indication thérapeutique très précise, et partant efficace.

Ce traitement devra être appliqué, que le délire constitue le seul trouble mental ou bien qu'il vienne s'ajouter à d'autres troubles psychiques définitifs (déments paralytiques généraux, etc...). Cette notion de délire toxique peut donc rendre aussi des services dans les cas de troubles psychiques dus à des lésions organiques du système nerveux puisqu'à ceux-ci peuvent s'ajouter d'autres manifestations pathologiques, qui sont fonction d'une intoxication

(obs. XVIII). On aura, de plus, pour l'avenir des données précieuses qui feront instituer un traitement prophylactique.

Nous n'insisterons pas sur le traitement lui-même qui est celui de toutes les intoxications : régime lacté, parfois diète hydrique, favoriser la diurèse, veiller au bon fonctionnement du tube digestif, bains tièdes prolongés, hygiène rigoureuse, etc...

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La présence de glucose dans les urines après ingestion de 150 grammes de cette substance est nettement pathologique ;

2° La glycosurie apparaît généralement dans les deux premières heures après l'ingestion de 150 gr. de glucose. On la retrouve encore parfois jusqu'à la quatrième heure ; nous ne l'avons jamais rencontrée après la sixième ;

3° L'épreuve de Colrat n'indique pas toujours un trouble dans les fonctions hépatiques : elle peut être l'expression de perturbations dans les fonctions de sécrétion interne de différentes glandes ;

4° La glycosurie alimentaire, quand elle est positive au cours des délires, s'ajoute aux signes tirés de l'analyse sémiologique psychiatrique pour faire le diagnostic de délire toxique. La glycosurie et le délire suivent dans ces conditions une marche superposable, et il est possible, dans certains cas, d'établir une véritable *courbe de la glycosurie* parallèle à celle de l'évolution du délire ;

5° Le diagnostic de délire toxique entraîne, en

général, comme corollaire, un pronostic favorable ;

6° De ce diagnostic de délire toxique découle la double indication d'un traitement curatif immédiat et d'un traitement ultérieur à titre préventif ;

7° L'absence de la glycosurie alimentaire au cours d'un délire ne peut avoir pour celui-ci une valeur au point de vue du pronostic, que si l'on s'est assuré de l'ingestion complète, de l'absorption parfaite du glucose et de l'absence de troubles dans son élimination.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT-BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABELOUS. — Centralbl. für med. Wissenschaft, 1879.
- ABUNDO (d'). — Les Intoxications et les infections dans les maladies mentales et les névrophaties (Presse médicale, 3 novembre 1900).
- ACHARD et DELAMARE. — Société de Biologie, janvier 1899.
- ANGLADE. — Étiologie générale des maladies mentales (Traité Gilbert-Ballet, t. I, chap. II).
- ARNDT. — Deutsche Zeitschrift, für nervenheilkunde. Bd. X, 1897 (cité par Ehrenberg).
- ARTHUS. — Soc. méd. Hôp. Paris, 1897.
- GILBERT-BALLET. — Les Psychoses (In Traité de Méd. Charcot, Bouchard et Brissaud).
- Académie de Médecine, 28 juin 1898.
 - Traité de Pathologie mentale Paris, 1903.
- GILBERT-BALLET et FAURE (Maurice). — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (Presse médicale, 30 novembre 1898).
- BARBACCI. — Altération des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque (Revue de Neurologie, 1899).
- BAYLAC. — De la Valeur clinique de la glycosurie alimentaire (Société de Biologie, 11 décembre 1897).
- VI^e Congrès de Médecine de Toulouse.
 - Les Glycosuries transitoires. (Archives de Médecine de Toulouse, 1904, X, p. 154-167.)
- BECKMANN (J.-W.). — Periodeike melancholie en glycosurie.

- Nedrel Tijdschr. v. Geneesk. Amst., 1909, I, 938-940.
- BENCE JONES. — Medico-Chirurg. Trans., 1853.
- BLOCH. — Zeitschr. f. Klinische Medizin, 1893.
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de Médecine, t. X, p. 893.
- BOUCHARD et CLAUDE. — Recherches expér. sur l'adrénaline (Acad. des Sciences, 1^{er} décembre 1902).
- BOUDON et GLÉNARD. — Société de Psychiâtrie, janvier 1909.
- BRUIN (de). — Sur l'Action toxique de la bilirubine. Amsterdam, 1889.
- BRUCKE. — Sitzungsberichte der Wiener Akad., 1858.
- BRUNELLE. — Archives gén. de Méd., 1894.
- CARRIER. — Délire aigu (Congrès de Limoges, 1901).
- CARRIVE. — Insuffisance hépatique par paludisme avec délire (Arch. gén. de Méd., 11 août 1903).
- CAMPAGNOLLE. — Arch. für Klin. med., 1898.
- CASSAËT. — Société de Biologie, 1893.
- Congrès de Médecine interne de Toulouse, 1902.
- CASSAËT et MONGOUR. — Archives cliniques de Bordeaux, 1894.
- Archives cliniques de Bordeaux, 1895.
- CASTAIGNE. — Société de Biologie, 1894.
- CHARRIN. — Maladies du foie et folie (Société de Biologie, juillet 1892).
- Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose (Société méd. Hôp., janvier 1896).
- Société de Biologie, 3 mars 1900.
- VI^e Congrès méd. de Toulouse, 1902.
- CHAUFFARD. — Pathologie générale.
- CHAUVEAU et KAUFMANN. — Acad. des Sciences, 1893-1894.
- CHEVALIER-LAURE. — Des Auto-intoxications dans les maladies mentales. Thèse de Bordeaux, 1890.
- COLRAT. — Lyon Médical, 1875.
- COUTURIER. — Thèse de Paris, 1874.
- CULLERRE. — Hépatisme et psychose (Arch. Neurologie, nov. 1889).
- Archives de Neurologie, décembre 1901.
- CYR. — Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques (Union médicale, 1882).

- DELAYE et FOVILLE. — Nouveau Journal de Médecine, septembre 1882.
- DUCAMP. — Rapport au VI^e Congrès de Médecine de Toulouse, 1902.
- DUPRÉ. — Troubles psychiques dans les encéphalopathies organiques (Traité Gilbert-Ballet, liv. VI, chap. II).
- EHRENBERG (R.). — Ueber alimentäre glykosurie bei Psychosen. Monatschr. f. Psychiatrie und Neurologie. Berl., 1909, XXV, 1-12.
- ESQUIROL. — Traité des Maladies mentales, 1838.
- FALK. — Altérations microscopiques du rein et du foie dans 52 cas de troubles psychiques. St-Petersbourg, 1897.
- FALKENBERG. — Congress für innere med., 1891.
- FAURE (Maurice). — Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. Thèse de Paris, 1900.
- GARNIER (M.) et LEBRET (M.). — Exploration des fonctions rénale, intestinale et hépatique chez un myxœdémateux. (Soc. méd. des Hôp. Paris, 1905, XXII).
- GAUTIER (A.). — Traité de chimie.
- GEORGET. — De la Folie, 1820.
- GILBERT (A.) et BAUDOUIN (A.). — Sur la Glycémie expérimentale (C. R. Soc. de Biologie Paris, 1908, LXV).
- GILBERT et CARNOT. — Société de Biologie, mars 1898.
- GILBERT et LEREBoullet. — Stéatose hépatique latente des alcooliques (Soc. méd. des Hôp., 20 juin 1902).
- Psychologie des cholémiques. La neurasthénie biliaire (Bull. soc. méd. Hôp., 6 août 1903).
- GOUGET. — Insuffisance hépatique (Encycl. Léauté-Masson).
- GOURAUD. — Archives générales de Méd., 11 août 1903.
- GRAZIANI (A.). — Contributo allo studio sella glycosuria alimentare in alcune malattie mentale (Gior. di psychiat. clin. et techn. maux. Ferrara, 1908, XXXVI, 177-207).
- GRILLI. — Lo Sperimentale, 30 mars 1889.
- GUICHARD. — Thèse de Lyon, 1908.
- GUISLAIN. — Traité de l'aliénation mentale, 1826, t. I.

- HAMMOND. — Abcès du foie, leur association avec l'hypochondrie et leur traitement (Gazette hebdomadaire, 1880).
- HANOT. — Congrès de Bordeaux, 1898.
- HASCOVEC. — Notes sur l'urobilinurie et l'hémato-porphyrinurie toxiques dans les maladies mentales (Revue neurologique, 1899).
- HOFMEISTER. — Archiv. für exper. Pathol. und Pharm., 1889.
- JOFFROY. — Leçon de la Salpêtrière, 11 décembre 1890.
— Leçon de l'Asile clinique, mai 1895.
— Société médicale, Hôpital, 1896.
- JOSUÉ. — Artério-sclérose J.-B. Baillière. Paris, 1909.
- JUQUELIER (P.). — Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication (insuffisance hépatique latente et petit brightisme). Thèse de Paris, 1903.
- KISCHKINE. — Deux cas de cérébropathie toxique à la suite de l'ictère (Moniteur russe de Psychiatrie, 1896).
- KLEMPERER. — Société médicale internationale de Berlin, 1896.
- KLIPPEL. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales (Archiv. général de Médecine, août 1892).
— Du Délire des alcooliques (Mêdecine, 8 octobre 1893).
— Congrès de La Rochelle, 1893.
— De l'Origine hépatique de certains délires des alcooliques (Annales médicales de Psychiatrie, septembre-octobre 1894).
— Délire et auto-intoxication hépatique (Revue de Psychiatrie, septembre 1897).
— Du Délire (in Manuel de Médecine Debove et Achard, t. IV).
- KNEPFELMACHER. — Alimentäre glykosurie und myxœdem (Wiener Klin. Wochenschrift, 1904).
- KRÄPELIN. — Psychiatrie, 7^e édition, 1904 (cité par Gilbert-Ballet).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Insuffisance hépatique (Presse médicale, 27 août 1902).
— Les Troubles mentaux par anomalies des glandes à sécrétion interne. Rapport au Congrès de Dijon, 1908.
- LAIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF (Henry). — Valeur pratique de la glycosurie alimentaire dans le pronostic des

- délires (Communication Soc. de Psych., 18 février 1909. Encéphale, n° 4, avril 1909).
- LANCEREAUX. — Clinique médicale, 1892.
- Bulletin médical, 1890.
- LEGENBRE. — Société médicale des Hôpitaux, 3 mai 1902.
- LEGRAND DU SAULE. — Société médic. des Hôp., 10 juillet 1885, octobre 1886, 13 juin 1890.
- LÉPINE (R.). — Société de Biologie, 1876.
- Lyon médical, 1897.
- Rôle de l'élément sanguin dans la glycosurie (Bull. Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 1903).
- LÉVI (Léopold). — Le Délire dans les affections hépatiques (Archiv. gén. de Méd., 1896).
- Troubles nerveux d'origine hépatique (Thèse de Paris, 1896).
- LINOSSIER. — Valeur clinique de l'épreuve de la glycosurie alimentaire (Archiv. génér. de Méd., mai 1899).
- VI^e Congrès de Médecine de Toulouse, 1902.
- LINOSSIER et ROQUES. — Archiv. Méd. expér., mars 1895.
- LŒFER. — Thèse de Paris, 1903.
- MASSALONGHO. — Hépatisme et neuropathie (Annales médic. de Psychiatrie, 1901).
- MAURY. — Thèse de Toulouse, 1897.
- MEYER (E.). — Ueber auto-intoxications Psychosen (Archiv. f. Psychiat. Berlin. 1904, XXXIX).
- MICHEL (C.). — Les Glycosuries (Bull. des Sciences pharmac. Paris, 1904, IX, 35-202).
- MOREAU (de Tours). — De l'Identité de l'état de rêve et de la folie (Annales médicales de Psychologie, 1888).
- MOTHEAU. — Thèse de Bordeaux, 1899.
- PARISOT. — Médecine moderne, 1910, p. 91.
- PAVY. — On the nature and treatment of Diabetes. London, 1862.
- POLL. — Fortschr. v. Medecine, 1896.
- QUINQUAUD. — Société de Biologie, 1889.
- RAIMANN. — Zeitschrift für Heilkunde, 1902 (cité par Ehrenberg).

- RAPHÉLY. — Thèse de Lyon, 1889.
- RECHTER (de). — Bulletin de l'Académie royale de Médec. de Belgique, 1892, 4^e série.
- RÉGIS. — Auto-intoxications et délires (Mémoires Soc. de Méd. Psych., 1898).
- Congrès des aliénistes et neurologistes. Dijon, XVIII^e session, 3-8 août 1908.
 - Précis de Psychiatrie.
- RÉGIS et CHEVALLIER-LAVAURE. — Des Auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport Congrès de La Rochelle, 1893.
- REYNAUD et OLMER. — Marseille médical, 1899.
- ROBINEAU. — Thèse de Paris, 1898.
- ROGER. — Thèse de Paris, 1887.
- Société Biologie, 1893.
 - Revue de Médecine, 1886.
- ROQUE (G.). — Les Glycosuries non diabétiques J.-B. Baillière, 1899.
- ROUBINOVITCH. — Troubles mentaux dans les auto-intoxications (Traité Gilbert-Ballet).
- SÉGLAS (S.). — Auto-intoxications et délire (Presse médicale, 1898, p. 373).
- STRAUSS. — Société Méd. int. Berlin, 1897.
- Leber und Glykosurie (Berl. Klin. Wochens., 1898, n^o 51).
- SURMONT. — Archiv. gén. de Méd., 1892.
- THIROLOIX. — Gazette hebdom., 1894. Thèse de Paris, 1897.
- VIGOUROUX (A.). — Le Délire onirique (Archiv. gén. de Méd. janvier 1903).
- VIGOUROUX (A.) et JUQUÉLIER (P.). — Insuffisance hépatique et délire (Soc. méd. et psychol., juin 1902. Revue Psychiatrie, sept. 1902).
- WORM-MULLER. — Pflüger's Arch., 1882-1884.

